

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว โดยมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. แนวคิดโรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อ
3. แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

ของผู้ป่วยเอดส์

แนวคิดโรคเอดส์

แนวคิดโรคเอดส์ทางการแพทย์

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจาก ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยกำเนิด แต่เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัส เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เข้าสู่ว่ายร่างกาย ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย จนเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็งได้ง่าย (Ginzburg & Macdonald, 1986)

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลังซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้ร่างกายไม่สามารถต้านทานโรคได้ เพราะเชื้อไวรัสทำลายระบบภูมิคุ้มกันโดยตรงหรือเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติในการทำงานของภูมิคุ้มกันโรค (ชวนชม สดณธวัฒน์, 2530)

โรคเอดส์ คือกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสที่ชื่อ เอชไอวี ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิด รวมทั้งเกิดอาการทางจิตประสาทได้ (บรรจง คำหอมกุล, 2535)

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อม หรือบกพร่องอันเนื่องมาจาก เชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า เอชไอวี จนเป็นเหตุทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยบ่อย รักษาไม่หาย และในที่สุดก็เสียชีวิต (สินีนุช รัตนสมบัติ, 2540)

ดังนั้น โรคเอดส์จึงหมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส เอชไอวี ซึ่งทำให้ระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลาย เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป สามารถติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการของโรครุนแรงขึ้นและมักจะเสียชีวิตทุกราย

การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสเอชไอวีพบได้ในเลือด น้ำอสุจิ น้ำเมือกในช่องคลอดและน้ำนมของมารดาที่ติดเชื้อ ดังนั้นจึงสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ 3 ทาง คือ

1. การแพร่เชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถแพร่ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการรับเอาอสุจิหรือน้ำเมือกในช่องคลอดของผู้ติดเชื้อเข้าไปทางรอยแผลขณะมีเพศสัมพันธ์ อาจเป็นการแพร่กระจายในพวกร่วมเพศ รักต่างเพศ โดยขณะร่วมเพศจะเกิดรอยปริรอยฉีกที่อวัยวะเพศหรือทวารหนัก ทำให้มีเลือดและน้ำเหลืองซึมออกมาและเข้าสู่แผลของอีกฝ่ายหนึ่งได้ ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ชายกับหญิง หรือการร่วมเพศระหว่างอวัยวะเพศกับทวารหนักของผู้ชาย ทวารหนักหรือช่องคลอดของผู้หญิง การร่วมเพศระหว่างอวัยวะเพศของหญิงหรือชายกับปาก ก็สามารถแพร่เชื้อได้เท่า ๆ กัน จากการศึกษาพบว่าการร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อโดยไม่มีการป้องกันเพียง 1 ครั้ง มีโอกาสจะติดเชื้อได้ร้อยละ 0.1 - 6 ขึ้นกับการร่วมเพศครั้งนั้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด มีแผลกามโรคหรือมีเลือดออกหรือไม่ นอกจากนี้การคุมกำเนิดในบางลักษณะเช่น การใส่ห่วงคุมกำเนิด อาจทำให้เกิดแผลฉีกในผนังมดลูก ทำให้มีเลือดออกซ่อนเร้น เชื้อเอชไอวีจึงออกมาได้ง่าย หรือการใส่ยาคุมกำเนิดซึ่งอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังมดลูกซึ่งจะมีโอกาสรับเชื้อได้ง่ายขึ้น (ประพันธ์ กานูภาค, 2535)

2. การแพร่กระจายโดยการรับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การแพร่กระจายและผลิตภัณฑ์ของเลือด ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

2.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี 1 ยูนิต จะมีโอกาสติดเชื้อเกือบร้อยละ (วาสนา จันทรดี, 2540) ปัจจุบันเลือดทุกยูนิตก่อนที่จะให้ผู้ป่วยจะผ่านการตรวจแอนติเอชไอวี (Anti-HIV) และพี 24 แอนติเจน (p24 antigen) อย่างไรก็ตามการตรวจนี้ยังไม่สามารถตรวจหาผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในช่วงที่ได้รับเชื้อเข้าไปก่อนที่จะมีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Window Period) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้

2.2 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น โดยทำความสะอาดกระบอกฉีดยาและเข็มไม่มี มีเลือดของผู้อื่นปนเข้าไปด้วย มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.1 - 1 ต่อการใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ 1 ครั้ง (วาสนา จันทรดี, 2540)

2.3 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีตำหรือบาด เช่น ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มเปื้อนเชื้อเอชไอวีจากใบมีดโกน เข็มสัก เข็มเจาะหู กรรไกรตัดเล็บนั้นมีโอกาสน้อยมาก (เพ็ญศรี ระเบียบ, กรองกาญจน์ สังกาศ, ปนัดดา ปรียพฤษ, และบรรจง วรรณยิ่ง, 2537)

2.4 การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่แล้ว เนื่องจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการปฏิเสธอวัยวะก่อนผ่าตัด นอกจากนี้การได้รับอสุจิจากผู้ติดเชื้อก็อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้เช่นกัน

3. การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก โรคเอดส์สามารถแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่วัยก่อนคลอด ขณะคลอดหรือระยะหลังคลอด ซึ่งพบว่าทารกมีโอกาสได้รับเชื้อร้อยละ 30 - 50 (สุธีพร ธนศิลป์, 2538) โดยอาจผ่านไปทางเลือด รก สายสะดือ น้ำคร่ำและน้ำนม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะการติดเชื้อของมารดา

พยาธิสภาพ

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของบุคคลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อต่อเซลล์หลายชนิด เช่น ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) โมโนไซต์ (Monocyte) แมคโครฟาจ (Macrophage) และเซลล์สมอง (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล และสัญญา ภัทรราชย์, 2540) แต่เซลล์ที่ถือเป็นเป้าหมายหลักในการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี คือ เซลล์เพอร์ทิลิมโฟไซต์ (Helper T Lymphocyte) โดยเชื้อเอชไอวีจะใช้ส่วนจี พี 120 (gp 120) จับกับ ซีดีโฟร์ (CD4) ซึ่งเป็นฐานรับอยู่บริเวณผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านทะลุผนังเซลล์ เรียกกระบวนการนี้ว่า เอนโดไซโตซิส (Endocytosis) จากนั้นจะสร้างดีเอ็นเอจากอาร์เอ็นเอโดยอาศัยเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส แล้วดีเอ็นเอของไวรัสจะรวมกับดีเอ็นเอของเซลล์ในตำแหน่งใดก็ได้ และแฝงตัวอยู่ในเซลล์ ระยะนี้เชื้อจะไม่ทำอันตรายกับเซลล์ถือเป็นระยะแฝงจนเมื่อเซลล์ถูกกระตุ้น เชื้อไวรัสจะสร้างอาร์เอ็นเอที่เป็นอีโนมของไวรัสตัวใหม่จากดีเอ็นเอของเซลล์ และสร้างโปรตีนต่าง ๆ ของไวรัส ประกอบกันเป็นนิวคลีโอแคปซิด (Nucleocapsid) ออกจากเซลล์เดิมโดยการแตกหน่อ (Budding) ใช้เปลือกหุ้มจากผิวเซลล์เดิม และไปเพิ่มจำนวนในเซลล์อื่นต่อไปส่วนเซลล์เดิมก็จะตายไป (พิไลพันธุ์ พุฒินะ, 2541) ส่งผลให้เซลล์ภูมิคุ้มกัน (Immune Cell) ลดลง และเกิดภูมิคุ้มกันเสื่อม (สุชาติดา อุบล, 2541) ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

อาการและความรุนแรงของโรคเอดส์ อาการและการดำเนินของโรคเอดส์แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ (สถาพร มานัสสถิตย์, 2535; สุรพล สุวรรณกุล, 2538) ดังนี้

ระยะที่ 1 ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage) หรือระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการใดๆเลย สุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติทุกประการ บางรายอาจมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป หลังการติดเชื้อประมาณ 3 - 12 สัปดาห์ จะตรวจพบเลือดบวกต่อเชื้อเอชไอวี ไม่มีโรคแทรกซ้อนบางคนอาจอยู่ในระยะนี้ไป 5 - 10 ปี หรือ

อาจจะมากกว่านั้นก็ได้ถ้ารักษาสุขภาพร่างกายที่ดีและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (โดยเฉลี่ยประมาณ 7 - 8 ปี) ในระยะนี้สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่น ๆ ได้ และมีรายงานว่าร้อยละ 25 ของบุคคลกลุ่มนี้จะลุกลามต่อไปเป็นโรคเอดส์ และประมาณร้อยละ 40 จะเปลี่ยนไปเป็นผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS - Related Complex หรือ ARC) ระหว่าง 5 - 7 ปี (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532)

ระยะที่ 2 ระยะที่ปรากฏอาการเริ่มแรกหรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex หรือ ARC) ระยะนี้ผลการตรวจเลือดจะให้ผลบวกและปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ดังต่อไปนี้

1. คอมน้ำเหลืองโตหลายแห่ง ติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน
2. น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (มากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน)
3. อูจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ
4. มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ
5. มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ
6. มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ลุกลาม (Herpes Simplex)
7. วัณโรคชนิดไม่แพร่กระจาย (Tuberculosis) เป็นต้น

ระยะนี้ อาจจะอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปีจึงจะเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป

ระยะที่ 3 เอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) หรือโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายมากจนถึงภาวะวิกฤติซึ่งร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันตนจากการติดเชื้ออื่น ๆ ได้ แม้แต่เชื้อที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายคนปกติได้ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวถูกทำลายจนเหลือน้อยหรือเกือบหมดทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่ายที่เรียกว่าโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีอยู่หลายชนิด เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส พยาธิ และมะเร็งบางชนิดแล้วแต่จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใด ที่ส่วนใด อาการแสดงที่พบจึงเป็นได้หลายแบบทุกระบบทั่วร่างกาย แล้วแต่จะเป็นการติดเชื้อในระบบใด ทำให้เกิดอาการผิดปกติขึ้นในระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม ปอดอักเสบ
2. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเดินเรื้อรัง การติดเชื้อที่หลอดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่ที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิลได้
3. การติดเชื้อในระบบประสาท ทำให้มีอาการสมองอักเสบ และทำให้เซลล์ประสาท

เสื่อมสลายได้ เกิดอาการความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ชัก อัมพาต หงุดหงิด ซึม หรือเป็นโรคจิต ประสาท บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะมาก แขนขาไม่มีแรง

4. การเกิดอาการทั่ว ๆ ไป เช่น ต่อมเหงื่อไหลทั้งไปโต หรือเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือด มีผื่นจ้ำคล้ายหูดเลือดตามร่างกาย มีค้อนแดงจัดจนถึงม่วงคล้ำ

ดังนั้น โดยสรุปโรคเอดส์ จึงเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือเรียกว่าไวรัสเอดส์ สามารถแพร่กระจายเชื้อได้โดยการสัมผัสเชื้อทางตรงหรือทางอ้อม เมื่อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวอยู่ระยะเวลานานหนึ่ง จากนั้นเมื่อไวรัสเพิ่มจำนวนมากขึ้นจะทำลายภูมิคุ้มกันในร่างกายให้เสื่อมลง จนร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคใด ๆ ได้ ทำให้เกิดการติดเชื้ออื่นแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่งอาการและความรุนแรงของโรคจะเริ่มตั้งแต่ ไม่ปรากฏอาการ มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้เนื่องจากพบว่ามีเชื้อเอชไอวีที่แฝงอยู่ในส่วนของ ซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์ (CD4 Lymphocyte) ที่อยู่ในระยะฟักตัวมีค่าครึ่งชีวิตยาว ด้วยเหตุผลดังกล่าวจุดประสงค์ของการรักษาจึงเป็นเพียงการทำให้ปริมาณไวรัสในร่างกายลดลงให้มากที่สุด และยาวนานที่สุด (วีรวัฒน์ มโนสุทธิ และอัญญา วิชากุล, 2547) การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาตามอาการและการแสดงที่พบ หรือการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถแบ่งตามระบบบริการสุขภาพได้เป็น 2 ลักษณะคือ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์แผนโบราณ ดังนี้

1. ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการรักษาที่ได้รับจากแพทย์และบุคลากรต่าง ๆ ที่โรงพยาบาล ตามวิธีการสมัยใหม่ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาดังต่อไปนี้

1.1 การรักษาตามอาการ เช่น รักษาอาการไข้ รักษาอาการท้องเสีย เป็นต้น

1.2 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบบ่อยได้แก่

1.2.1 การติดเชื้อโปรโตซัว พบหลายประเภทที่สำคัญได้แก่

1.2.1.1 นิวโมซิสติส คาร์นิอี นิวโมเนีย (Pneumocystis Carinii Pneumonia)

เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด จะมีอาการไอ หายใจสั้น ๆ ตื่น ๆ ทำให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน มีไข้ การรักษาคือ ไซยา ไตรเมโทพริม ซัลฟาเมโทซอล (Trimethoprim - Sulfamethoxazole) ไตรเมโทพริม แดปโซล (Trimethoprim - Sapsone) หรือเพนทามิดีน (Pentamidine) ส่วนการใช้คอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) ในการรักษาจะเป็นประโยชน์ในกรณีเป็นโรคนี้ในระยะปานกลางถึงรุนแรง

1.2.1.2 ท็อกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) เกิดจากเชื้อท็อกโซพลาสมา กอนดิอาไน (Toxoplasma gondii) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคสมองอักเสบ จะมีอาการปวดศีรษะ ไข้ จิตใจแปรปรวน ระบบประสาททำหน้าที่บกพร่องทั้งระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาท รับความรู้สึก มีอาการชัก การรักษาคือ ไซยาซัลฟาไดอะซีน (Sulfadiazine) ไพริเมทามีน (Pyrimethamine) โฟลิริมิก แอซิด (Folic acid) และรักษาอาการตามความจำเป็น

1.2.1.3 คริปโตสปอริไดโอซิส (Cryptosporidiosis) เกิดจากเชื้อคริปโตสปอริ ไดียม (Cryptosporidium) จะมีการติดเชื้อที่ลำไส้ ทางดินน้ำดื่มและระบบทางเดินหายใจ อาการคือ ถ่ายเหลว 1 - 10 ลิตร/ วัน เกร็งในช่องท้อง ท้องบวมโต อาเจียนและเบื่ออาหาร การรักษา尚无มียา เฉพาะเจาะจง จึงต้องรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น ให้น้ำเกลือหรืออิเล็กโตรไลต์ (Electrolyte) และอาหารเพื่อทดแทนที่ร่างกายเสียไป

1.2.2 การติดเชื้อราที่สำคัญได้แก่

1.2.2.1 แคนดิไดโอซิส (Candidiasis) เกิดจากเชื้อแคนดิดา อัลบิแคน (Candida Albican) เป็นโรคของหลอดอาหารและปาก อาการคือกลืนลำบาก ปวดขณะกลืนอาหารและเป็นฝ้า ขาวที่ลิ้น การรักษาใช้ยา ไนสตาติน (Nystatin) ไครโตรมาโซล (Clotrimazole) หรือดีโทโคนา โซล (Detoconazole)

1.2.2.2 คริปโตค็อกคัส (Cryptococcus) เกิดจากเชื้อคริปโตค็อกคัส นีโอ ฟอร์แมนส์ (Cryptococcus Neoformans) ทำให้เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อาการคือมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง การรักษาใช้ยาฟลูโคนาโซล (Fluconazole)

1.2.2.3 ฮิสโตพลาสโมซิส (Histoplasmosis) เกิดจากเชื้อฮิสโตพลาสมา แคปซูลาทัม (Histoplasma Capsulatum) อาการคือมีไข้หนาวสั่น น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปวดท้อง ตับโตและอาการของโรคต่อมน้ำเหลือง นอกจากนี้ยังสามารถแพร่กระจายไปสู่ปอดและผิวหนังได้ การรักษาใช้ยาฟลูโคนาโซล และรักษาแบบประคับประคองตามความจำเป็น

1.2.3 การติดเชื้อแบคทีเรีย พบหลายประเภทที่สำคัญได้แก่

1.2.3.1 มัยโครแบคทีเรียม เอเวียม อินทราเซลล์ลูลาร์ คอมเพล็กซ์ (Mycobacterium Avium Intracellular Complex) ทำให้เกิดการติดเชื้อในปอด ตับ ม้าม ต่อมน้ำเหลือง และไขกระดูก ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะสุดท้ายจะพบว่าเคยติดเชื้อนี้ มาก่อนแล้วอาการคือ อ่อนเพลีย เหงื่อออกกลางคืน มีไข้ น้ำหนักลดและอาการของโรคต่อมน้ำเหลือง การรักษาทำได้โดยยาสามหรือสี่ชนิดร่วมกันได้แก่ อะมิกาซิน (Amikacin) อีแทมบูทอล (Ethambutol) ซิโปรฟลอกซาซิน (Ciprofloxacin) โครฟาร์ซิมีน (Clofazimine) ไรแฟมบิซิน (Rifampicin) ไรฟารูทีน (Rifabutin) และอะซิโทรมัยซิน (Azithromycin)

1.2.3.1 มัยโครแบคทีเรียทูปเบอร์คิวโลซิส (Mycobacterium Tuberculosis) พบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะสุดท้าย อาการคือ มีไข้ ไอ น้ำหนักลด การรักษาใช้ยาสองหรือสามชนิดร่วมกันได้แก่ ไอโซไนอะไซด์ (Isoniazid) ไรแฟมบิซิน ไพราซินามิด (Pyrazinamide) อีแทมบูทอลหรือสเตรปโตมัยซิน (Streptomycin)

1.2.4 การติดเชื้อไวรัส พบหลายชนิดที่พบบ่อยได้แก่

1.2.4.1 เฮอร์ปีส ซิมเพล็กซ์ ไวรัส (Herpes Simplex Virus) การติดเชื้อไวรัสนี้จะทำให้เกิดอาการปวด มีแผลหรือผื่นที่ผิวหนัง การรักษาใช้ยาโซวแลกซ์ (Zovirax) ในขนาด 400 - 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการและการกลับเป็นซ้ำอีก

1.2.4.2 วาร์ริเซลล์ลา ซอสเตอร์ ไวรัส (Varicella zoster virus) เป็นสาเหตุของโรคสุกใสจะมีอาการเจ็บปวดบริเวณรอยตุ่มที่เกิดขึ้น การรักษาใช้ยาโซวแลกซ์ โดยอาจให้ทางเส้นเลือดดำตามความจำเป็น

1.2.4.3 ซัยโตเมกัลโลไวรัส (Cytomegalovirus) ทำให้เกิดการติดเชื้อที่จอตา ลำไส้ ตับ ปอดและระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบคือ มองเห็นไม่ชัด ลานสายตาคาบ อูจาระร่วง ลำไส้อักเสบ การรักษาใช้ยา แกรนด์ซิโครเวียร์ (Ganciclovir) และฟอสการ์เนท (Foscarnet)

1.3 การรักษาโรคมะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ คาร์โปซี ซาร์โคมา หรือมะเร็งของหลอดเลือดใต้ผิวหนัง เป็นลักษณะเนื้องอกของเส้นเลือด รอยโรคจะปรากฏที่ผิวหนัง ช่องปาก ปอดและลำไส้ สามารถคลำก้อนได้ ถ้ารอยโรคขนาดใหญ่จะมีอาการปวดโดยเฉพาะบริเวณขาและเท้า สีของรอยโรคจะเป็นสีแดงม่วงหรือดำ การรักษาทำได้โดยการผ่าตัด การใช้ความเย็น การฉายแสงหรือใช้เคมีบำบัด

1.4 การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

การติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ได้รับการค้นพบมาได้ประมาณ 20 ปีมาแล้ว ในปัจจุบันถึงแม้จะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็มี การค้นพบยาต้านไวรัสหลายชนิดขึ้น โดยมียาที่ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่ตำแหน่งต่าง ๆ กันของขบวนการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี ทำให้เชื้อเอชไอวี ถูกทำลายได้มากขึ้น ภูมิคุ้มกันกลับมาดีมากขึ้น

เป้าหมายของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสมี 5 ประการ

1. เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป้าหมายในแง่ไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

(< 50 copies/ mm³) และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (As Much as Possible and as Long as Possible)

เพื่อหยุดการดำเนินของโรค และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา มีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการตอบสนองระยะแรกต่อการให้ยาต้านไวรัสเอดส์นั้นจะบ่งชี้ว่าการตอบสนองระยะยาวเป็นอย่างไร การยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวี ในเลือดได้น้อยกว่า 50/ มล. จะสามารถยับยั้งเชื้อได้ระยะยาวกว่าการที่ค่าไวรัสในเลือดยังมีค่าระหว่าง 50 - 400/ มล.

3. เป้าหมายในด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันกลับมาในแง่ของปริมาณ (จำนวน CD4 Cell) และคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ)

4. เป้าหมายในเชิงควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

5. เป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกในอนาคต มีผลข้างเคียงน้อยมาก และผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอดส์ออกมาใช้ในทางคลินิกทั้งหมด 16 ชนิด ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 ยาต้านไวรัสในปัจจุบันออกฤทธิ์หลัก ๆ ที่ 2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์ Reverse Transcriptase และ Protease มีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (สัญญา ชาสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยพัฒน์ และพรทิพย์ ยุกตานนท์, 2546)

1. ยาต้านไวรัสที่ยับยั้งเอนไซม์ Reverse Transcriptase (Reverse Transcriptase Inhibitor, RTI) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบ Base ของ Neucleic Acid [Nucleoside Analogued Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)] เช่น Zidovudine, Stavudine มีโครงสร้างคล้ายกับ Thymide, Didanosine คล้ายกับ Adenosine, Lamivudine และ Abacavir คล้ายกับ Cytosine การยับยั้งเอนไซม์ Reverse Transcriptase เป็นแบบแย่งจับ ไม่ถาวร (Reversible Competitive Inhibitor) จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่ายาในกลุ่มที่ 1.2

1.2 กลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือน Base ของ Neucleic acid [Nonnucleoside Analogued Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)] กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Reverse Transcriptase แบบจับถาวร (Irreversible Non - Competitive Inhibitor) และคนละตำแหน่งกับที่เอนไซม์จับกับ Neucleic Acid Base ทำให้มีฤทธิ์แรงกว่า NRTI มาก

2. ยาต้านไวรัสที่ยับยั้งเอนไซม์ Protease (Protease Inhibitor, PI) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้

ตารางที่ 1 ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในปัจจุบัน

Nucleoside Analogued	Nonnucleoside Analogued	Protease Inhibitor (PI)
Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)	Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)	
Zidovudine	Efaviranz	Indinavir stavudine
Stavudine	Nevirapine	Nelfinavir
Didanosine	Delavirdine	Indinavir
Zalcitabine		Ritonavir
Lamivudine		Lopinavir/ Ritonavir
Abacavir		Saquinavir (SGC or HCG)
		Amprenavir

1.5 การให้ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน เนื่องจากการที่ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำของผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีลดต่ำลง เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการต่าง ๆ ของโรคเอดส์ จึงมีผู้พยายามใช้ยาเพื่อเพิ่มหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันในตัวผู้ติดเชื้อ มีตัวยามากหลายชนิดที่มีผู้ใช้ร่วมกัน เช่น ไธมิกฮอร์โมน (Thymic Hormones) ดานาโซล (Danazol) ไอโซไพร์โนซีน (Isoprinosine) ลิวามิโซล (Levamisole) ซิเมทิดีน (Cimetidine) อิมมูทียอล (Imuthiol) แอมพริเจน (Ampligen) และ สารสกัดขอมเห็ดเป็นต้น ซึ่งพบว่ามียาหลายชนิดที่ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถยืดระยะเวลาของการเกิดเอดส์ได้ (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2535)

1.6 การรักษาสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักจะประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจเป็นอย่างมากจากการถูกรังเกียจและกีดกันจากสังคม ซึ่งสามารถให้การดูแลรักษาได้ดังต่อไปนี้

1.6.1 การสังคมสงเคราะห์ โดยให้มีอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และอาชีพที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการบำบัดรักษาเสพติด

1.6.2 การให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ป่วย เป็นการให้ข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับโรคและวิธีการแพร่ระบาดของโรค ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม และความจำเป็นในการหยุดยั้งหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม หรือแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยใช้วิธีการให้คำปรึกษา (Counseling) ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้

เกี่ยวกับเรื่องที่จะให้คำปรึกษาและเทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการสำรวจปัญหาของตนเอง รับรู้เข้าใจและร่วมมือกับผู้ให้คำปรึกษาเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น

ดังนั้นระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการรักษาแบบแผนปัจจุบัน จึงเป็นการรักษาตามอาการและอาการแสดงที่พบ หรือการรักษาแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นการดูแลรักษาทางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ด้วยการให้ยาและวิธีการบำบัดรักษา เพื่อกำจัดและทำลายเชื้อโรค ตลอดจนให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และแก้ไขปัญหาลักษณะตามอาการนั้น

2. ระบบการแพทย์แผนโบราณ เป็นวิธีการดูแลรักษาโรคอย่างโบราณ หรือการรักษาโรคตามวัฒนธรรมของกลุ่มชนต่าง ๆ ที่มีมาก่อนจะมีการนำวิทยาศาสตร์สมัยใหม่มาใช้ในทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการปฏิบัติกันมาบ้างน้อยบ้างตามแต่ละวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ซึ่งมักพบในเกือบทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศทางแถบตะวันออกมักพบกันอย่างแพร่หลาย สำหรับประเทศไทยระบบการแพทย์แผนโบราณยังมีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาของประชาชนอยู่ค่อนข้างมาก ทั้งการรักษาที่เป็นของไทยเองแต่เดิมและการรักษาที่เป็นของต่างชาติแต่ถูกนำมาเผยแพร่ในประเทศไทย การรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณที่พบและมีผู้นิยมใช้กันมากมีอยู่ 2 แบบ คือ

2.1 การรักษาแบบแผนไทย เป็นการรักษาที่ได้รับจากแพทย์แผนโบราณ ซึ่งได้แก่ หมอพระ หมอชาวบ้าน หมอนวดจับเส้น โดยใช้สมุนไพรหรือวิธีการรักษาต่าง ๆ ตามตำราที่ได้รับสืบทอดกันมา การรักษาแบบแผนไทยส่วนใหญ่จะใช้การวินิจฉัย และการรักษาแบบองค์รวม โดยเน้นการปรับสมดุลของธาตุภายในและภายนอก ด้วยการประพฤติปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม มิได้เน้นการทำลายเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว เพราะเชื่อว่าเมื่อร่างกายสมดุล ย่อมไม่เจ็บป่วย การทำให้เกิดความสมดุลต้องอาศัยธรรมชาติอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาดเช่น อยู่ในภูมิประเทศและภูมิอากาศที่เหมาะสม ฝึกจิตสมาธิให้จิตสงบ มีอุเบกขา มีศีล เพื่อระงับพฤติกรรมก่อให้เกิดโรคทั้งหลาย ใช้อาหารสมุนไพร ยาสมุนไพร และวิธีบำบัดโดยอาศัยธรรมชาติให้มากที่สุด (เพ็ญภา ทรัชย์เจริญ, 2537) ซึ่งการรักษาแบบแผนไทยสามารถกระทำได้หลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ทำการรักษานั้น ๆ สำหรับในกรณีการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์โดยใช้การรักษาแบบแผนไทย ในปัจจุบันได้มีวิธีการรักษาในหลากหลายวิธีดังตัวอย่างเช่น

2.1.1 การรักษาโดยสมุนไพร ในปัจจุบันได้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น สมุนไพรที่นำมาใช้มีทั้งสมุนไพรที่มีอยู่ภายในประเทศและที่นำมาจากต่างประเทศ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษาของแต่ละแห่งโดยการรับประทานเป็นยาต้ม ยาฝน ยาลูกกลอนหรือบดใส่แคปซูล นอกจากนี้อาจใช้การประคบ การนวด และการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรในการรักษาด้วย ซึ่งการรักษามีทั้งการรักษาตามอาการและการรักษาเพื่อบำรุงสุขภาพ

แต่ยังไม่มีผลงานวิจัยรับรองที่แน่นอนว่ามีสมุนไพรชนิดใดสามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ สถานบริการที่ใช้สมุนไพรในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พบเช่น วัดเชิงหวาย อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง เป็นต้น

2.1.2 การรักษาโดยวิธีพื้นบ้าน เกิดขึ้นจากอิทธิพลของเครือข่ายทางสังคมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักพบว่าเป็นการบำบัดรักษาตามอาการเท่านั้น เช่น เป่าฟัน แผลงูสวัด เป็นต้น

2.1.3 การรักษาโดยพิธีกรรมหรือไสยศาสตร์ ผู้ที่ใช้การรักษาประเภทนี้มักมีความเชื่อว่า สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ พิธีกรรมที่พบเช่นการผูกข้อมือ การรดน้ำมนต์ การใช้เครื่องรางของขลัง การรำผีฟ้าหรือลำทรง การทำบายศรีสู่ขวัญ การสะเดาะเคราะห์และการทำพิธีไล่ผี เป็นต้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

2.1.4 การรักษาโดยหลักธรรมทางพุทธศาสนา เป็นการรักษาทางด้านจิตใจเช่น การใช้สมาธิหมั่นของวัดคอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นการนำหลักธรรมของพระพุทธเจ้ามาช่วยในการบำบัดรักษา ทำให้ผู้ปฏิบัติเห็นทุกข์ เห็นเหตุแห่งทุกข์และการใช้การหมั่นเพื่อออกจากทุกข์เข้าสู่ทางพ้นทุกข์ สมาธิหมั่นจะอาศัยแรงเหวี่ยงที่มีพลังขับเคลื่อนเอาอนุสัยกิเลสและโรกภัยไข้เจ็บรวมทั้งแสงเลื้อย สารพิษ สารพิษ สารตกค้างออกจากร่างกายของผู้ปฏิบัติ ในรูปของการแสดงอาการปฏิกิริยาต่าง ๆ หรือการขับของเสียเช่นน้ำลาย เสมหะ อาเจียน เหงื่อ คมหรือฝืนตามผิวหนัง จากนั้นใช้สมาธิเพื่อกระตุ้นร่างกายส่วนที่บกพร่องไปให้แข็งแรง และเพิ่มภูมิต้านทานตามธรรมชาติของร่างกายให้มากขึ้น (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2538) หรือการใช้พุทธโอสถของวัดพระบาทน้ำพุ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นการนำหลักธรรมทางพุทธศาสนาให้ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน เป็นต้นว่าการสวดมนต์ ไหว้พระ การทำบุญตักบาตร การทำสมาธิ การฟังธรรม การสนทนาธรรม และทำกิจกรรมต่าง ๆ ในวันสำคัญทางศาสนา เช่น การถือศีลอุโบสถในวันมาฆบูชา วันอาสาฬหบูชาและวันสำคัญทางศาสนาอื่น ๆ รวมทั้งการให้ความรู้แนะนำวิธีการเตรียมตัวในภาวะใกล้ตายอย่างสงบสุข ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยมีพระภิกษุเข้าไปให้สติแก่ผู้ป่วย บอกสิ่งที่ค้างคาของชีวิตเช่นให้ระลึกถึงการไหว้พระ สวดมนต์ การทำบุญตักบาตร การทำสมาธิ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยกำหนดลมหายใจแบบอาณานปานสติ ด้วยคำบริกรรมว่า “พุทโธ” หายใจเข้าออกอย่างช้า ๆ เบา ๆ ลึก ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตไป เพื่อให้โอกาสผู้ป่วยได้รับธรรมะอันสงบนิ่งจนถึงสิ้นสุดวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (เฉลิมพล พลพิมุข, 2539)

ปัจจุบันการรักษาแบบแผนไทย เริ่มเข้ามามีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น การรักษาจะเน้นการรักษาแบบองค์รวม เพื่อปรับความสมดุลของร่างกายระหว่างธาตุภายในและภายนอก แต่ในปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยที่รองรับผลการวิจัยที่รับรองผลการรักษาที่ชัดเจน

ส่วนใหญ่การรักษาจะเป็นไปตามความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรม และประเพณีที่ได้รับการสืบทอดกันมาของผู้ทำการรักษานั้น

2.2 การรักษาแบบแผนจีน หรือการแพทย์แผนจีนเป็นลักษณะของการแพทย์แผนโบราณสาขาหนึ่ง ซึ่งมีระบบทฤษฎีแพทย์ที่เป็นเอกลักษณ์มีตำราที่มีเนื้อหากว้างขวาง การแพทย์แผนจีนได้ช่วยให้ชาวจีนต่อสู้เอาชนะโรคภัยมาหลายศตวรรษ จึงเปรียบเสมือนผลึกแก้วที่สะท้อนภูมิปัญญาและประสบการณ์ของชาวจีน สิ่งใดที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า ได้ผลในการรักษาก็จะได้รับการอนุรักษ์ไว้ และถ่ายทอดสืบทอดกันมายังชนรุ่นหลังรุ่นแล้วรุ่นเล่า พร้อมกับมีการปรับปรุงคุณภาพต่อไปเรื่อย ๆ (หวางปิง, 2540) การแพทย์แผนจีนนั้นมีการรักษาในหลายรูปแบบ ทั้งการรักษาโดยใช้ยาซึ่งเป็นลักษณะของยาสมุนไพรเช่นเดียวกับการรักษาแบบไทยได้แก่ การรักษาโรคหืด โรคกลากและตุ่มคันตามผิวหนัง หรือการรักษาโดยไม่ใช้ยาเช่นการฝังเข็ม การจี้ไหม้และการนวด ซึ่งก็พบว่าการปฏิบัติกันมานานกว่า 3,000 ปี (หวางปิง, 2540) การแพทย์แผนจีนได้เข้ามาสู่ประเทศไทยพร้อมกับการอพยพของชนชาวจีน และในปัจจุบันพบว่าการนำมาผสมผสานในการรักษาควบคู่กับการแพทย์ของไทยเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากโรงพยาบาลบางแห่งมีการนำการรักษาแบบแผนจีนเข้ามาผสมผสานในการรักษา เช่นการฝังเข็ม เป็นต้น สำหรับในกรณีการรักษาผู้ป่วยเอดส์พบเป็นการรักษาตามอาการและเพื่อบำรุงสุขภาพเช่นเดียวกับการรักษาแบบแผนไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร เช่น ยาบำรุงเลือด ยาบำรุงกำลัง เป็นต้น (จริยวัตร คมพักษณ์, ชุติมา อัครากร ไกวิท, ราตรี โอภาส, อรชร ณ ระนอง, อุษาพร ชวลิตนิธิกุล, 2541)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์แผนโบราณ ซึ่งการรักษาทั้ง 2 วิธีดังกล่าวมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาหรือทางเลือกในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีและถูกต้อง ก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปได้

แนวคิดโรคเอดส์เชิงสังคม

โรคเอดส์ในทางการแพทย์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ซึ่งเมื่อเข้าไปในร่างกายมนุษย์แล้วจะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดน้อยลงจนหมดไปและ ผู้คนก็จะป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ แต่ในทางสังคมโรคเอดส์เป็นโรคที่ลึกลับ น่ากลัว เป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและสำล่อนทางเพศ ผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกรายต้องเสียชีวิต โรคเอดส์เป็นโรคที่มีตราบาปสูงมาก ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิเสธจากสังคม ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นคนเลว ผิดศีลธรรมและเป็นอันตรายต่อสังคม การที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ถูกสังคมตีตราและมีตราบาปนั้นเกิดจากการที่สังคมให้ความหมายทางสัญลักษณ์แก่ร่างกายผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งสกปรก และภัยอันตราย ทั้งนี้

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อจากของเหลวที่ออกมาจากร่างกายและหนทางที่เชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งสังคมไทยมองว่าเป็นเรื่องสกปรก สังคมไทยมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคของความสำส่อนทางเพศ โรคของโสเภณี โรคของพวกเกย์ โรคเอดส์จึงเป็นโรคของคนที่ไม่ดีสังคมไทยมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคของคนที่ไม่ดีศีลธรรม (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2541) ผลกระทบที่ตามมาคือ การสูญเสียอย่างมหาศาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ถูกไล่ออกจากงานหรือไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป ทำให้ขาดรายได้ สูญเสียบทบาทหน้าที่ สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่าย ถูกปฏิเสธจากครอบครัว ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่พักอาศัยและโคเดเดี่ยว สูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นตราบาปเชิงซ้อนทำให้ไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพของตนเองให้บุคคลรอบข้างรู้ พยายามปกปิดความจริง หลีกหนี แยกตัว เก็บตัว แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปเพราะกลัวการรังเกียจ กล่าวได้ว่าตราบาปจากโรคเอดส์เป็นรากฐานสำคัญที่ส่งผลต่อความผาสุก และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้สูงมาก (บ้านพิณจิต แสงชาติ, 2540)

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์มีผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ ถึงแม้ผลกระทบดังกล่าวอาจไม่ไปในขนาดเดียวกันหรือแบบเดียวกันในทุกสังคม แต่ปฏิกิริยาที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์มีความเด่นชัดขึ้นจนถือเป็นโรคที่ถูกตีตราจากสังคม (Stigmatization) ทำให้วิธีการบำบัดรักษาของผู้ป่วยมีหลากหลายวิธีเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ผู้ป่วยมีความกลัวในการรักษาที่มีทั้งความรู้สึกในทางบวก (Positive Attitude) โดยหวังว่าเป็นการติดเชื้อโรคสายพันธุ์ใหม่เพื่อการแพทย์สมัยใหม่กำลังแสวงหาวิธีการรักษาให้หาย แต่อีกมุมมองหนึ่งในสภาพปัจจุบันโรคนี้ยังไม่มีทางรักษาหายมีแต่รอความตาย สาเหตุของโรคเกิดจากพฤติกรรมปฏิบัติที่ผิดวิธี เช่น การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับหญิงที่ไม่ใช่คู่สมรส การรับรู้อาการในลักษณะนี้จึงทำให้เกิดมุมมองทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะลบ (Negative Attitude) ด้วยปฏิกิริยาดังกล่าวนั้นในแนวคิดทางสังคมวิทยาทางการแพทย์มีความเชื่อว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในสังคมนั้นไม่ใช่เรื่องของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเท่านั้น แต่มีผลกระทบต่อระบบสังคมด้วย การที่ผู้ป่วยรายหนึ่ง ๆ จะสวมบทบาทคนป่วยนั้นเขาจะต้องสวมบทบาททางสังคมในฐานะคนป่วยของสังคม การสวมบทบาททางสังคมของผู้ป่วยนั้นได้ครอบคลุมไปถึงการที่สังคมได้สร้างมาตรการต่าง ๆ ไว้ ดังนี้ ประการแรกเมื่อใดบุคคลในสังคมจะได้รับการยอมรับหรือถูกสวมบทบาทผู้ป่วยได้เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ การตรวจเลือดว่ามีการติดเชื้อ ประการที่สองเมื่อบุคคลนั้นได้สวมบทบาทผู้ป่วยแล้ว จะปฏิบัติตัวอย่างใดหรือแสวงหาการดูแลตนเองอย่างไร และประการสุดท้าย การถอดออกจากบทบาทผู้ป่วยเอดส์นั้นมิใช่เป็นเรื่องของบุคคลที่ป่วยที่จะกำหนดว่าร่างกายและจิตใจของเขาปกติ แต่เป็นเรื่องของสังคมด้วยว่าจะยอมรับการออกจากบทบาทของผู้ป่วยหรือไม่ พาร์สัน (Parson, 1951 อ้างถึงใน เพชรน้อยสิงห์ช่างชัย, เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และอรุณพร อิฐรัตน์, 2545) กล่าวว่า ในระบบสังคมใหม่นั้น

บทบาทของผู้ป่วยจะถูกกำหนดให้อยู่ในรูปแบบของสถาบันสังคม (Institutionalized) สถาบันหนึ่ง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะถูกกำหนดไว้เป็นแบบแผนตายตัว (Patterned) ดังนั้น ผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้มีความจำเป็นเฉพาะคนที่ต้องได้รับความช่วยเหลือเพียงด้านเดียว หากแต่ความจำเป็นนี้ได้ถูกกำหนดขึ้นตอนและประเภทไว้โดยระบบสังคมเลยทีเดียวเช่นเดียวกับผู้ป่วยเอดส์ สังคมควรมีรูปแบบการช่วยเหลือ โดยแบบแผนความช่วยเหลือมีแบบแผนเป็น 4 ลักษณะคือ

1) สังคมจะต้องยินยอมให้ผู้ป่วยออกจากบทบาท และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยอยู่ตามปกติได้

2) ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ที่ได้รับการดำเนินคดี หรือรับผิดชอบในความเจ็บป่วยของตน เพราะความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งไม่แน่นอน (Uncertainty)

3) ผู้ป่วยมีหน้าที่ที่จะต้องตั้งใจทำตนให้หายป่วย

4) ผู้ป่วยต้องร่วมมือกับผู้ให้การรักษา และแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ให้การรักษา

สรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิตซึ่งเกิดขึ้นกับทุกสังคม มนุษย์ในฐานะสิ่งมีชีวิตที่มีวัฒนธรรมและอยู่ร่วมกันเป็นสังคม ได้หาทางเผชิญกับความเจ็บป่วย ผลผลิตของการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ก่อให้เกิดเป็นสถาบันทางสังคมที่มีการสั่งสมเป็นแนวคิด ทฤษฎีว่าด้วยสาเหตุและวิธีการแก้ไขด้วยความเจ็บป่วยตลอดทั้งเกิดการพัฒนาทางเทคนิคและผู้นำมาใช้ในการเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ ผลผลิตแห่งกระบวนการปรับตัวทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านี้ถูกเรียกว่า ระบบการแพทย์ (เลื้อซัย ศรีเงินยวงและปรีชา อุปโยธิน, 2533) เกิดขึ้น ผู้ป่วยเอดส์จึงมีโอกาสดำเนินการดูแลสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อ

ความเชื่อ คือ ความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งนั้นถูกต้อง เป็นความจริง ซึ่งมีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณประสบการณ์ของบุคคล (Biopsychosocial - Spiritual structure) (Wright, Watson & Bell, 1996)

ความเชื่อ คือ ความคิดที่ยืนยันว่าสิ่งนั้นเป็นจริง และคงอยู่กับอารมณ์ความรู้สึกว่าสิ่งนั้นเป็นจริง (Dallos, 1991)

ความเชื่อ คือ ข้อสมมติฐานที่ติดแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นจริงของสิ่งนั้น ๆ หรือสิ่งที่ควรจะเป็น เมื่อบุคคลเชื่อในสิ่งใดก็จะกระทำตามความเชื่อนั้น (Cloxton, 1987)

ความเชื่อ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป

ความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธิต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น (Rokeach, 1970)

ความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธิต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมหรือวงรอบความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ (สุธีรา อายุวัฒน์, 2527)

ความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป และความเชื่อยังเป็นสิ่งที่มียุทธิต่อพฤติกรรมของมนุษย์ที่จะปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจนั้น (วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, และคณะ, 2533)

ความเชื่อ คือ ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำมนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2534)

ความเชื่อ คือ การยอมรับว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นจริง หรือเป็นสิ่งที่เราไว้วางใจ ความจริงหรือความไว้วางใจที่เป็นรูปของความเชื่อนั้นไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นความจริงที่ตรงตามหลักเหตุผลหรือหลักวิทยาศาสตร์ใด ๆ (สมิทธิ์ สระอุบล, 2534)

ดังนั้น ความเชื่อหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งนั้นถูกต้อง เป็นความจริง มีพื้นฐานจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ บริบทและประสบการณ์ของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม มียุทธิต่อพฤติกรรมของมนุษย์ที่จะปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจนั้นขึ้นกับมุมมองของแต่ละบุคคล

ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเรียกว่า ความเชื่อหลัก (Core Beliefs) ความเชื่อหลักมีอิทธิพลอย่างมากต่อระบบครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว เป็นความคิดพื้นฐานของบุคคลในการเรียนรู้โลก ซึ่งอาจแตกต่างกันตามบริบทที่แตกต่างกันของบุคคล ได้รับอิทธิพลที่ซับซ้อนจากระบบครอบครัวและหน้าที่ของครอบครัว ความเชื่อหลักแตกต่างจากการรับรู้และความคิดเห็น และอยู่บนฐานความเชื่อของความเป็นจริงและเกิดจากการตอบสนองทางร่างกายและอารมณ์ อาจมีผลทางบวกและลบต่อสุขภาพและเป็นทั้งยับยั้งและส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติหรือพฤติกรรมมีผลจากความเชื่อของบุคคล บุคคลจะปฏิบัติตามความเชื่อของตนเอง (จินตนา วัชรสินธุ์, 2548 อ้างอิงจาก Wright, Watson & Bell, 1996)

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Beliefs)

สิ่งสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล คือ ความเชื่อ ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลและครอบครัว (Wright, 2005) ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การเกิดของโรค การเยียวยาและการรักษา ความสามารถในการจัดการและ ควบคุมการเจ็บป่วย การพยากรณ์การเจ็บป่วย ศาสนา - จิตวิญญาณ และที่อยู่ของความเจ็บป่วยในชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติตัว หรือพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ๆ

ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมี 2 รูปแบบ (Wright, Watson, & Bell, 1996) คือ

1. ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Beliefs) เป็นความเชื่อที่ไม่เพิ่มทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เช่น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นฐานะของครอบครัว มีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทุกคน และสมาชิกครอบครัวทั้งหมดมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย จะมีผลให้สมาชิกครอบครัวดูแล เอาใจใส่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้เกิดการหาย และลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวลง
2. ความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining Beliefs) เป็นความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น เช่น ในครอบครัวที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากกรรมหรือการลงโทษจากการทำผิด ครอบครัวก็จะละเลยไม่สนใจหาทางเยียวยารักษาการเจ็บป่วยนั้น ทำให้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นยังคงอยู่

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (Beliefs About Diagnosis) ผู้ให้บริการสุขภาพต้องตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญในประสบการณ์การเจ็บป่วยของตัวเอง ควรสนับสนุนผู้ป่วยให้เปิดเผยแสดงความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยการเจ็บป่วย ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดหลากหลายเกี่ยวกับการเยียวยาและการรักษา (Wright, Watson, & Bell, 1996) ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ถูกคามต่อชีวิต การที่ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับผลการวินิจฉัย อาจเป็นการทำร้ายผู้ป่วยโดยทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงก็ได้ อย่างไรก็ตาม ดิลลีย์ (Dillely, 1985 cited by Dipasquale, 1990) กล่าวว่าสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ภายหลังการรับทราบผลการติดเชื้อจะรู้สึกกลัว ตกใจ เสียใจ วิตกกังวล ต่อมารู้สึกผิด ไม่มีกำลังใจ เป็นทุกข์และเครียด บางรายซึมเศร้า อาจมีบางรายยอมรับสภาพและทำได้ บางรายมีพฤติกรรมแพร่เชื้อให้ผู้อื่น เนื่องจากต้องการแก้แค้นสังคม มีการศึกษาปรากฏการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีของพรทิพย์ อารีย์กุล (2538) พบว่ากรณีศึกษาที่ได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะซ็อก มีอาการตื่นตะลึง ตกใจมึนงง สับสน ไม่แน่ใจ ไม่คิดว่าตนจะติดเชื้อ เอชไอวี บำเพ็ญจิตร แสงชาติ (2540) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ความหมายโรคเอดส์ ในลักษณะของการผสมผสานกัน ระหว่างความรู้เชิงระบาดวิทยา เชิงชีวการแพทย์ร่วมกับ ความรู้สึกด้านอารมณ์จิตใจ คือโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว จะเชื่อมโยงเข้ากับลักษณะที่อันตราย 4 ประการคือ แพ้ระบาดได้อย่างรวดเร็ว โรคติดต่อที่ร้ายแรง ไม่มีวิธีการรักษาและเป็นแล้วตาย ความน่ารังเกียจจะสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ 2 ลักษณะคือภาพลักษณ์ที่เป็นผลจากพฤติกรรมไม่ดีของ คนที่สังคมไม่ยอมรับ คือ พฤติกรรมทางเพศและยาเสพติด ในส่วนของความหมายที่เป็นโรคแห่ง ความสูญเสียเป็นการรับรู้ว่า ผู้ที่เป็นโรคเอดส์เป็นผู้ที่ไม่มีอะไรเหลืออีกต่อไป ไม่เฉพาะสูญเสียชีวิต แต่รวมถึงชื่อเสียงวงศ์ตระกูล ภายใต้การรับรู้ความหมายดังกล่าวในบางรายยังได้เชื่อมโยงเข้ากับ ความเชื่อเรื่องกรรม หรือบาปบุญตลอดจนอำนาจที่อยู่เหนือการควบคุม ธรรมชาติ กังไพบูลย์ชัย (2544) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกต่อการ ได้รับการบอกความจริงจากทีม สุขภาพเป็น 5 ลักษณะคือ 1) ตกใจ 2) ทำไมต้องเป็นเรา 3) เป็นฉันแน่หรือ 4) ยอมรับได้เพราะอยู่ กับความเสี่ยง และ 5) กังวลว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรในอนาคต และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ให้ เหตุผลในการบอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยเนื่องจากเชื่อว่าครอบครัวต้องช่วย เขาได้ เบคเกอร์, แดรกแมน, และเคิร์ท (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหูดน้ำหนวกรื้อรัง ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อว่าตนเองป่วยเป็นโรคหูดน้ำหนวก รื้อรัง เนื่องจากแพทย์ผู้ตรวจเป็นแพทย์ที่เพิ่งจบใหม่อายุน้อย จึงขาดความเชื่อถือ หรือการที่ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยการเจ็บคอ แต่แพทย์ไปทำการตรวจหูดและวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคหูด น้ำหนวกรื้อรัง การที่ผู้ป่วยไม่เชื่อว่าตนเองป่วยเป็นโรคหูดน้ำหนวกรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยละเลย ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และไม่เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อรักษา โรคหูดน้ำหนวกรื้อรัง

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค (Beliefs About Etiology) บุคคลส่วนมากมักจะหา เหตุผลมาอธิบายตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติหรือสิ่งที่ไม่คาดหวังที่เกิดขึ้นในชีวิต ความเชื่อ เกี่ยวกับการเกิดโรคของการเจ็บป่วยมีความหลากหลายที่สมาชิกครอบครัวจะสามารถให้เป็น ข้อสันนิษฐานในการเกิดโรค สาเหตุของการเกิดโรคอาจเป็นความรับผิดชอบของตนเอง (ยกตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วน) หรืออาจเป็นความรับผิดชอบของผู้อื่น ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคนั้น ๆ (ยกตัวอย่างมารดาของฉันให้ฉันบริโภคของหวานมากเมื่อฉัน ยังเป็นเด็ก และนั่นเป็นสาเหตุที่ทำให้ฉันเป็นโรคเบาหวาน) หรือกล่าวโทษสาเหตุจากภายนอก (ยกตัวอย่างฉันมีชีวิตอยู่ในที่ที่ทำการเลี้ยงสัตว์หรือทำการเพาะปลูกทำให้ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับ

ระบบทางเดินหายใจ) สมาชิกครอบครัวมีความคิดที่หลากหลายเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค วินเน่, ชิลด์ส, และเซอร์คิน(Wynne, Shields, & Sirkin, 1992) ได้เสนอสาเหตุของการเจ็บป่วยไว้ 6 กรณี คือ 1) สิ่งศักดิ์สิทธิ์, สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ 2) ผลจากสภาพทางกายภาพ - ชีวภาพ 3) ความไม่รู้ 4) กระบวนการทางสังคม เช่น ความยากจนข้นแค้น และการบริหารจัดการชุมชนที่ไม่เป็นระเบียบ 5) เหตุการณ์ที่สร้างความเจ็บปวดให้กับชีวิต 6) กระบวนการของระบบครอบครัว ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยจะนำครอบครัวไปสู่การยอมรับหรือการปฏิเสธการเยียวยาและการรักษา ครอบครัวเชื่อว่าการมีชีวิตอยู่ต้องประกอบด้วย การเชื่อมต่อกันของจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การมองอย่างเป็นองค์รวมของการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานแสดงให้เห็นว่า ความเจ็บป่วยอาจเกิดจากผลกระทบจากหลายสาเหตุ เชื้อโรค สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ หรือผลจากพฤติกรรม ครอบครัวนำประสบการณ์ในเรื่องทางการแพทย์, การรักษา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาประกอบเป็นเหตุผลและการตัดสินใจในการใช้บริการสุขภาพเป็นอิทธิพลจากความรู้เกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดจากผลกระทบของโรคและการรักษาที่มีต่อชีวิตของบุคคล (Nilmanat, 2004)

3. ความเชื่อเกี่ยวกับการเยียวยาและการรักษา (Beliefs About Healing and Treatment) จากการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัว, การเจ็บป่วย, และให้การช่วยเหลือที่หน่วยให้การพยาบาล ครอบครัวของโรบินสัน (Robinson, 1994a) พบว่าเมื่อผู้ให้การช่วยเหลือครอบครัวเชื่อเชิฐและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้สนทนถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อชีวิต เรื่องราวความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเตรียมการให้การดูแลช่วยเหลือ; เป็นจุดกำเนิดของการเยียวยา, ไม่ใช่การรักษาให้หายจากโรค (Frank, 1994; Kleinman, 1988)

การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นความเชื่อของบุคคลถึงผลดีในการปฏิบัติตามแผนการรักษาว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการของโรค ลดภาวะความเจ็บป่วย หรือหายจากโรคได้ (Rosenstock, 1974 a) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคคล (Becker, 1974) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยซ้ำ และรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือผลเสียทางสังคมต่อตนเองแล้ว บุคคลจะแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรสดังกล่าว (Becker, 1974) แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติตามกิจกรรมใดนั้นจะต้องเป็นผลของความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตนเองหรือความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ จึงจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมนั้น โดยพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นเป็นผลจากความเชื่อว่าการที่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดผลดี และมีประโยชน์ต่อตนเอง (Becker, 1974)

เจมส์ วี ย้ง (Young, 1981) ได้เสนอแนวคิดที่อธิบายถึงเหตุผลในการเลือกวิธีการรักษาตนเอง โดยขึ้นอยู่กับความรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Gravity or Perceived Seriousness of Illness) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วยนั้น เป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา และหากบุคคลนั้นมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองหรือการรักษาแบบพื้นบ้าน (Knowledge of Home Remedy) ประกอบกับการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรง ก็จะเลือกการดูแลสุขภาพตนเองหรือการรักษาแบบพื้นบ้านก่อน แต่หากไม่ทราบถึงวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านก็จะเลือกวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน หรือในกรณีที่การรักษาแบบพื้นบ้านหรือการดูแลสุขภาพตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาคือความเจ็บป่วยได้ก็จะเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการรักษาแบบแผนปัจจุบันแทน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อในผลการรักษา (Faith or Perceived Benefit of Talk Action) และการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) เช่นความสะดวกในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ และความยากง่ายในการเข้าถึงบริการนั้น

ไคลน์แมน (Klienman, 1980) กล่าวว่า ระบบการแพทย์นั้นหมายถึงองค์รวมของระบบสังคมวัฒนธรรมและชีวภาพที่จัดการกับความเจ็บป่วย (Illness) โดยเชื่อมโยงกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรับรู้อาการ แบบแผนพฤติกรรม การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ ตลอดจนการประเมินผลการรักษา โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ และระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional Sector) ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk Sector) และระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนหรือสามัญชน (Popular Sector) ซึ่งแต่ละส่วนมีอาณาบริเวณทางสังคม มีการตัดสินใจและมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลเริ่มตั้งแต่การให้ความหมายความเจ็บป่วยตามความเชื่อ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา แบบแผนการรักษา ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ซึ่งแต่ละส่วนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน แต่มีความแตกต่างกันในเชิงความคิดและกระบวนการรักษา

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลถึงปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Becker, 1974) โดยก่อนการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนการรักษา บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้น กล่าวคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีน้อยกิจกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะถูกนำไปปฏิบัติ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีมาก กิจกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ถูกนำไปปฏิบัติ (Rosenstock, 1974 a) ซึ่งเบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่าปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคคลมีอยู่หลายลักษณะ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ความไม่สะดวกจากการตรวจรักษา การปฏิบัติตาม

แผนการรักษาเป็นการขัดต่ออาชีพและชีวิตประจำวัน ตลอดจนการไม่ได้รับความสะดวกในการไปใช้บริการทางการแพทย์ เช่น การใช้เวลานานในการรอแพทย์ตรวจรักษา เป็นต้น แบลเวลล์ (Blackwell, 1972) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา จำนวนยาที่ต้องรับประทานในแต่ละมื้อ จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน ตลอดจนผลข้างเคียงจากยา

4. ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการและควบคุมความเจ็บป่วย (Beliefs About Mastery, Control and Influence) โรแลนด์ (Rolland, 1994) ได้กล่าวถึงความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บป่วย จำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ การควบคุมในตนเอง การควบคุมโดยอำนาจจากภายนอก และการควบคุมโดยการเปลี่ยนแปลง แพทย์เทอร์สันและลีโอนาร์ด (Patterson & Leonard, 1994) ศึกษาพบว่าการมีการควบคุมภายในสูงนำไปสู่การจัดการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ใจโลวิก (Gilovich, 1991) มีความเห็นที่แตกต่างในประเด็นเรื่องความสามารถในการควบคุม โดยกล่าวว่าการเยียวยาโดยร่างกายผู้ป่วยเองไม่ได้ผลดีเท่าการควบคุมจากภายนอก ยกตัวอย่างเช่น แพทย์ชา หรือการผ่าตัด และความเชื่อเกี่ยวกับการเยียวยาของแพทย์มีความถูกต้องเชื่อถือได้มากกว่าความเชื่อของผู้ป่วย มีผู้ให้ความหมายของการควบคุม (Control) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงการรับรู้ว่าคุณเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Argyle, 1991) ทำนายเหตุการณ์ (Wiebe, 1991) หรือมีอิทธิพลเหนือเหตุการณ์ที่ตนเองประสบ (Baron, & Byrne, 1997; Kobasa, 1982) โดยมองว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง (Kobasa, 1982; Plotnik, 1986) ไม่ได้เกิดจาก โชคชะตาหรืออำนาจของผู้อื่น (Antonovsky, 1987) วิชา เจริญเวช (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่น พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ การรับรู้ความสามารถของตนเองอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อเอดส์ กำไล สมรักษ์ (2545) ศึกษาประสบการณ์การสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว พบว่าปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน มีสองปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตนของผู้ดูแลหลัก และปัจจัยระหว่างผู้ดูแลหลักกับบริบท ปัจจัยภายในตนของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ การยอมรับสภาพการดูแล ความหวังให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไป การรับรู้ว่าเอดส์รักษาไม่หาย ต้องตายทุกราย ความเชื่อว่าการดูแลรักษาไม่ทำให้ติดโรค อาการตุ่มสีดำที่ผิวหนังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยใกล้จะหายจากโรค การรับรู้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาสมุนไพรพร้อมกับยาแผนปัจจุบันช่วยให้โรคหายเร็วขึ้น และ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยระหว่างผู้ดูแลหลักกับบริบท ได้แก่ อาการของผู้ป่วยดีขึ้น
ลักษณะนิสัยที่ดีของผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย ระหว่างผู้ดูแลหลักกับ
ครอบครัว และระหว่างผู้ดูแลหลักกับชุมชน

5. ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์การเจ็บป่วย (Beliefs About Prognosis) นอร์แมน
เคาซิงส์ (Norman Cousins, 1989) กล่าวว่าความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์การเจ็บป่วย มีผลกระทบ
ต่อร่างกาย และความเชื่อกลายเป็นชีวิตของบุคคล การแสดงถึงความสมบูรณ์ของร่างกายโดยไม่
คำนึงถึงการพยากรณ์โรคโดยการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญ สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างดี มีโอกาสเท่ากัน
กับการเผชิญกับการถูกวินิจฉัยว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้เพียงอีกไม่นาน จากประสบการณ์การ
ปฏิบัติงานในคลินิก ทำให้ได้เรียนรู้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากมีความกังวลหรือมีความยากลำบากจาก
การวินิจฉัยโรคหรือการพยากรณ์โรค เมื่อความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคไม่ตรงกับ
ความเชื่อของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือสมาชิกครอบครัวคนอื่น เมื่อมีความเห็นเกี่ยวกับการ
วินิจฉัยโรคไม่ตรงกันเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมุ่งไปที่การพยากรณ์โรคของพวกเขา และนั่นแสดงถึง
พัฒนาการของผู้ป่วยในอนาคต (Wright, Watson, & Bell, 1996) ความเชื่อมีผลอย่างมากมาต่อ
การมองในทางที่ดีและความหวังของบุคคลในประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความหวังแตกต่าง
จากการคาดหมาย, ความปรารถนา, และความต้องการอยากได้ จีฟน์ (Jevne, 1994) กล่าวว่า
ความหวังแสดงถึงความรู้สึกทั้งความ ช่องว่างระหว่างวิทยาศาสตร์และความเมตตากรุณาหรือ
มุนิตาจิต การคงอยู่ของความหวังสามารถค้นหาได้ด้วยการถามคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของสมาชิก
ครอบครัวในการมองอนาคตในเรื่องของความเจ็บป่วยที่ครอบครัวประสบอยู่ ชนิตา พลาอนุเวช และ
คณะ (2545) ศึกษาครั้งนี้ยังใช้ภูมิคุ้มกันเพื่อพยากรณ์โรคเอดส์ โดยศึกษาติดตามระดับดัชนีบ่งชี้
ภูมิคุ้มกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับผู้ไม่ติดเชื้อในกลุ่มผู้มาขอรับการตรวจหาการติดเชื้อ
เอชไอวี จำนวน 121 คน เป็นชาย 61 คน และหญิง 60 คน พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 25 คน และ
ไม่ติดเชื้อ 96 คน โดยใช้การสัมภาษณ์ข้อมูลทางประชากรศาสตร์และการตรวจเลือดทาง
ห้องปฏิบัติการ ตรวจวัดดัชนีบ่งชี้ภาวะภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้น (เบตา - 2 - ไมโครโกลบูลิน นีโอพ
เทอริน อิมมูโนโกลบูลินรวมชนิดจี เอ และเอ็ม) การตรวจทางโลหิตวิทยาและการตรวจวัดปริมาณ
ซีดีโฟร์ ดำเนินการศึกษาแบบติดตามรวม 3 ครั้ง คือ ครั้งที่เข้าโครงการวิจัยและหลังจาก ทราบ
ผลการติดเชื้อ 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ พบว่า ผู้ติดเชื้อมาขอตรวจหาการติดเชื้อเนื่องจากมี
อาการป่วย หรือคู่มืออาการป่วย หรือคู่ติดเชื้อ ซึ่งในจำนวนนี้เสียชีวิตระหว่างดำเนินโครงการ 8 ราย
ผู้เสียชีวิตมีระดับเบตา - 2 - ไมโครโกลบูลิน นีโอพเทอริน อิมมูโนโกลบูลินรวมชนิดจี และเอ
สูงกว่ากลุ่มติดเชื้อที่เหลือ และสูงกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อ ตามลำดับ กลุ่มติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงทาง
โลหิตวิทยาในระยะ 6 เดือนที่ติดตามผลมากกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้อโดยระดับสารต่าง ๆ มีแนวโน้ม

ลดลง โดยเฉพาะปริมาณลิโพโปรตีนซึ่งลดลงตามระดับซีดีโฟร์ การติดตามการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถ ใช้เป็นดัชนีประเมินความรุนแรงของอาการป่วยและสามารถใช้ในการติดตามเพื่อพยากรณ์โรคเอดส์ได้

6. ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา - จิตวิญญาณ (Beliefs About Religion/ Spirituality) อิทธิพลของสมาชิกรอบครัวในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณในประสบการณ์การเจ็บป่วยมักถูกละเลยมองข้ามในการปฏิบัติงานกับครอบครัว (Wright, Watson, & Bell, 1996) คูพ (Koop, 1995) ศัลยแพทย์ทั่วไปชาวอเมริกา กล่าวว่าความสำคัญของความกรุณาหรือมูทิตาจิตเป็นสิ่งจำเป็นในการบรรเทาความทุกข์ทรมานและกำจัดความเจ็บปวด ทำให้เข้าใจสมาชิกรอบครัวในการอธิบายจิตและความพยายามที่จะบรรเทาความทุกข์ทรมานลง เป็นการแสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ ไรท์ (Wright, 2005) ได้เสนอเรื่องเล่าจากประสบการณ์ของผู้นับถือศาสนาพุทธเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานตามความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานตามแนวทางพุทธศาสนา โดยเชื่อเรื่องผลกรรม เมื่อปฏิบัติดี คิดในสิ่งที่ดีชีวิตจึงมีความสุข ในทางตรงกันข้ามหากประพฤติไม่ดีจะไม่มีความสุขและทุกข์ทรมาน พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้กล่าวถึงลักษณะส่วนบุคคลและวิธีการที่ใช้เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยึดถือความเชื่อด้านจิตวิญญาณ (Mystic) ให้ความหมายของการติดเชื้อเอดส์ว่าเป็นเรื่องของสิ่งเหนือธรรมชาติ เป็นเรื่องระหว่างความดีและความชั่วร้าย ความตายเป็นการปรับเปลี่ยนของชีวิตอย่างหนึ่ง บุคคลประเภทนี้มักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการอ่านพระคัมภีร์ หรือสวดมนต์ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อจัดการกับสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาสมดุลของชีวิต นอกจากนี้อาจจะพบผู้ป่วยบางรายมีความยึดมั่นต่อผู้นำทางศาสนาหรือพิธีกรรมทางศาสนา เช่น นับถือศาสนาพุทธก็จะไปฟังเทศน์ ทำบุญตักบาตรหรือไปรับการรักษาจากพระ หากนับถือศาสนาคริสต์ก็จะไปพบบาทหลวง สวดมนต์ในโบสถ์ หรือขอพรจากพระเจ้า (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2538)

วิธีการดูแลสุขภาพองค์รวมหลาย ๆ วิธีมีหัวใจอยู่ที่ การเยียวยา (Healing) ร่างกาย จิตวิญญาณของมนุษย์ เพื่อทำให้มนุษย์รู้แจ้งในคุณค่าของตนเอง รู้จักความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต เป็นวิธีการสะท้อนให้เห็นหนทางที่มนุษย์ได้ดูแลมนุษย์ด้วยกันด้วยความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ด้วยความคิดที่สร้างสรรค์ โดยอาศัยความเชื่อทั้งในระบบศาสนาและความเชื่ออื่น ๆ เป็นเรื่องที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รู้จักความหมายของชีวิตในด้านจิตวิญญาณ (Pelchat, 1992) การดูแลสุขภาพเชิงองค์รวมโดยเฉพาะความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์มีความหมายต่อการมีชีวิตอยู่หรือตาย (Peri, 1995) การฝึกจิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นประเด็นที่ได้รับ

การยอมรับว่าเป็นดัชนีชี้วัดความอดทนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่มีความอดทนต่อภาวะของโรคได้สูงที่สุด มีความหวังที่จะหายจากโรคและอาการต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ (Carson et al., 1990; Carson & Green, 1992) การเยียวยาทางจิตวิญญาณเป็นการบำบัดรักษาด้านจิตใจ โดยบุคคลได้พิจารณาจากความทุกข์ของตนเอง และแสวงหาวิธีปฏิบัติที่จะช่วยให้ตนเองดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข มีความหวังในการดำรงชีวิต มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและความหมายของชีวิตตนเอง จนเป็นผู้มีพลังใจอิสระ สงบ โดยสมบูรณ์ และสามารถเผชิญกับความตายอย่างมีสติและอดทน (Benson, 1983 cited in Stuart, 1989; Taylor & Ferszt, 1990) กิวลอรี่, โซเวล, มัณนีแฮม และซีล (Guillory, Sowell, Moneyham, & Seal, 1997) ได้ทำการศึกษาการค้นหาคำความหมายของชีวิตในสตรี 45 คนที่ติดเชื้อและเป็นโรคเอดส์ เพื่อค้นหาคำความหมายและวิธีการทางจิตวิญญาณที่สตรีเหล่านี้แสวงหาเพื่อช่วยให้มีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยจัดทำกลุ่มสนทนาเป็น 8 ช่วง ผลการศึกษาพบว่า สตรีได้ให้คำจำกัดความของจิตวิญญาณถึง 76 คำความหมายและแบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกัน กับความสำคัญในการที่จะมีชีวิตอยู่อีกครั้งหนึ่ง การสวดมนต์และการปฏิบัติสมาธิ การเยียวยา ความสงบ ความรักและการเคร่งในศาสนา และยอมรับในเรื่องจิตวิญญาณว่าเป็นส่วนประกอบของสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เป็นมุมมองหนึ่งที่จะต้องยกระดับขึ้นและต้องการให้มีการพัฒนากลยุทธ์ต่าง ๆ เหล่านี้ในการรักษาและดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งถือได้ว่ามีความหมายต่อพวกเขามากที่อยู่ในสถานะที่ไม่สามารถรักษาได้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะเกิดความรู้สึกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ

(Spiritual Need) คือ มีความต้องการที่จะค้นหาคำความหมายและเป้าหมายของชีวิต ต้องการการยอมรับความเป็นบุคคลว่ายังมีคุณค่า ต้องการความรักโดยได้รับจากผู้อื่นและมีโอกาสแสดงความรัก ต้องการคนที่เข้าใจ ให้อภัย ต้องการสร้างความหวังในชีวิตตามความเชื่อทางศาสนาของตน (อัญญา ตันศรีรัตนวงศ์, 2541) พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) พบว่า ผู้ติดเชื้อจำนวน 15 ราย มีการประกอบพิธีกรรมทางความเชื่อด้านจิตวิญญาณเพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ได้แก่ การทำบุญสืบชะตา การสะเดาะเคราะห์ การทำบายศรี สู่ขวัญซึ่งชาวบ้านเรียกว่าการเรียกขวัญ การเลี้ยงผี การทำพิธีขอมาผีบรรพบุรุษ โดยมีความเชื่อว่าพิธีกรรมต่าง ๆ นั้นจะช่วยจัดโรคร้าย เเคราะห์โรค และสิ่งอัปมงคลต่าง ๆ ที่ทำให้ความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้นหมดสิ้นไปหรือเบาบางลงไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจกลับคืนมา และยังพบว่าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกอบอุ่น รักใคร่ และดูแลเอาใจใส่กันก็จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ถึงเครือข่ายสนับสนุนที่ตนมีอยู่ ผู้ติดเชื้อมักเปิดเผยสภาพปัญหากับครอบครัว มีกำลังใจ และมีความพยายามที่จะคงไว้ซึ่งความสุขในครอบครัวมักมีการดูแลตนเองดีเพราะได้รับการเอาใจใส่และกระตุ้นเตือนจากคนในครอบครัวอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม มี

ผู้คิดเชื่อบางคนที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นและเอาใจใส่ดีมากจนแทบไม่ต้องทำอะไรเอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องคอยรับการดูแลตลอดเวลา จนผู้คิดเชื่อเองเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง

7. ความเชื่อเกี่ยวกับที่อยู่ของความเจ็บป่วยในชีวิต (Beliefs About the Place of Illness in Our Lives) ที่อยู่ของความเจ็บป่วยอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ยกตัวอย่างเช่น บางคนให้ความเจ็บป่วยควบคุมทั้งชีวิตของเขา ขณะที่บางคนให้ความเจ็บป่วยเป็นส่วนเล็กน้อยของชีวิต หรือแทบจะไม่มีผลอะไรต่อชีวิต ที่อยู่ของความเจ็บป่วยเมื่อในระยะแรกของกรได้รับการวินิจฉัยโรคของสมาชิกครอบครัวจะแตกต่างกับเมื่อการวินิจฉัยนั้นได้รับการวินิจฉัยเมื่อหลายปีก่อน เป็นการแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่าง “การจัดวางที่อยู่ของความเจ็บป่วย” กับ “การมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย” สนับสนุนในเรื่องความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วยได้อย่างสำเร็งนั้นขึ้นอยู่กับการจัดวางความเจ็บป่วยนั้นไว้ในที่ใดหรือส่วนใดของชีวิต เป็นสิ่งสำคัญต่อความเชื่อที่เพิ่มหรือส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Beliefs) เพราะเป็นความท้าทายในการจัดการความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining Beliefs) ว่าการจัดการความเจ็บป่วยได้สำเร็งมีความหมายเท่ากับการกำจัดความเจ็บป่วยออกไปจากชีวิต ความเจ็บป่วยสามารถอยู่ร่วมได้ในการดำรงชีวิต ความเจ็บป่วยและการมีชีวิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกัน วิธีหนึ่งที่จะรวมความเจ็บป่วยเข้าไว้กับชีวิต คือ การจัดวางสถานที่ให้ความเจ็บป่วยนั้น (Wright, Watson, & Bell, 1996) สุดาพร ว่องไววิทย์ (2538) ศึกษาการช่วยเหลือผู้คิดเชื่อเอดส์ให้อยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่รักของครอบครัว ไม่มีใครแสดงความรังเกียจผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความหวังกำลังใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ การมีความหวังจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และมีความเชื่อว่าการดูแลตนเองที่ดีจะช่วยให้มีชีวิตอยู่ยาวนาน โดยผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต จัดระบบการดูแลตนเองโดยเลิกเที่ยวกลางคืนซึ่งเคยไปเป็นประจำเมื่อว่างจากงาน เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เสียสุขภาพจากวันบหรี่และอากาศเสีย เลิกดื่มสุราโดยเด็ดขาด ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และหลังเสร็จงานประจำจะวิ่งออกกำลังกายทุกวัน นอกจากนี้ยังเริ่มศึกษาธรรมะ นั่งสมาธิ ฟังเพลง ธรรมะ ทำให้จิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน ลดความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสนใจหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ติดตามข่าวอยู่ตลอดเวลา ทั้งยังให้ครอบครัวอ่านด้วยเพื่อจะได้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องไม่มารันทะเลาะจากผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มองเห็นความจำเป็นที่บุคคลในครอบครัวจะต้องมีความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย

ความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์การเจ็บป่วย ศาสนา - จิตวิญญาณ ที่อยู่ของความเจ็บป่วยในชีวิต เป็นต้น การได้รู้ถึงความเชื่อนี้จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัด

ความสำเร็จ (Constraining Beliefs) ของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อทางเลือกที่หลากหลายขึ้น และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) (Wright, 2005) ความเชื่อเกิดขึ้นโดย มีบริบทระหว่าง ครอบครัวกับเพื่อน ระหว่างสังคมกับการงาน และบริบทด้านประเพณีวัฒนธรรมมาเกี่ยวข้อง มีพื้นฐานอยู่บนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ผ่านมา ความเชื่อมีพลังอำนาจ และมีอิทธิพลต่อระบบและหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับкар that สมาชิกในครอบครัวจะเผชิญกับความเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้และความคิดที่แตกต่างกันออกไป

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Craig, 1983) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค และวิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม และอื่น ๆ (วิไล กิจพงษ์, 2538) ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Green, 1974) จัสมิน และทริสทาด (Jasmin, & Trygstad, 1979) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างใดก็จะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ๆ โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974 a) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยมีแนวคิดมาจากทฤษฎีสถานที่เกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต: สถานะของชีวิต (Life Space) ของนักจิตวิทยาเคิร์ท (Kurt, 1951 cite in Rosenstock, 1974 a) ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ (ในอวกาศของชีวิต) ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (ความมีสุขภาพดี) ขณะเดียวกันก็จะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงลบ (โรค และความเจ็บป่วยต่าง ๆ) และถึงวินยังเป็นผู้ให้แนวคิด “โลกของผู้รับรู้จะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของผู้รับรู้” (The world of Perceivers determined the Actions of Perceivers) โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนมีการรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกจากสิ่งที่ตนมีการรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองหรือเป็นสิ่งที่ตนเองไม่พึงปรารถนา

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่าง ค.ศ. 1950 - 1960

(Rosenstock, 1974 a) โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน ซึ่งในค.ศ. 1966 โรเซนสตอค (Rosenstock) เป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นเพราะบุคคลมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคมได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น (Rosenstock, 1974 a)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล (Health Related Behavior) โดยในระยะแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพและ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, & Drachman, 1977) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกมีองค์ประกอบดังนี้ (Rosenstock, 1974 b)

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to Take Action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงการปฏิบัติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the Advocated Health Behavior) โดยบุคคลจะประเมินถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to Action) อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายในของบุคคลเช่น อาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชน ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

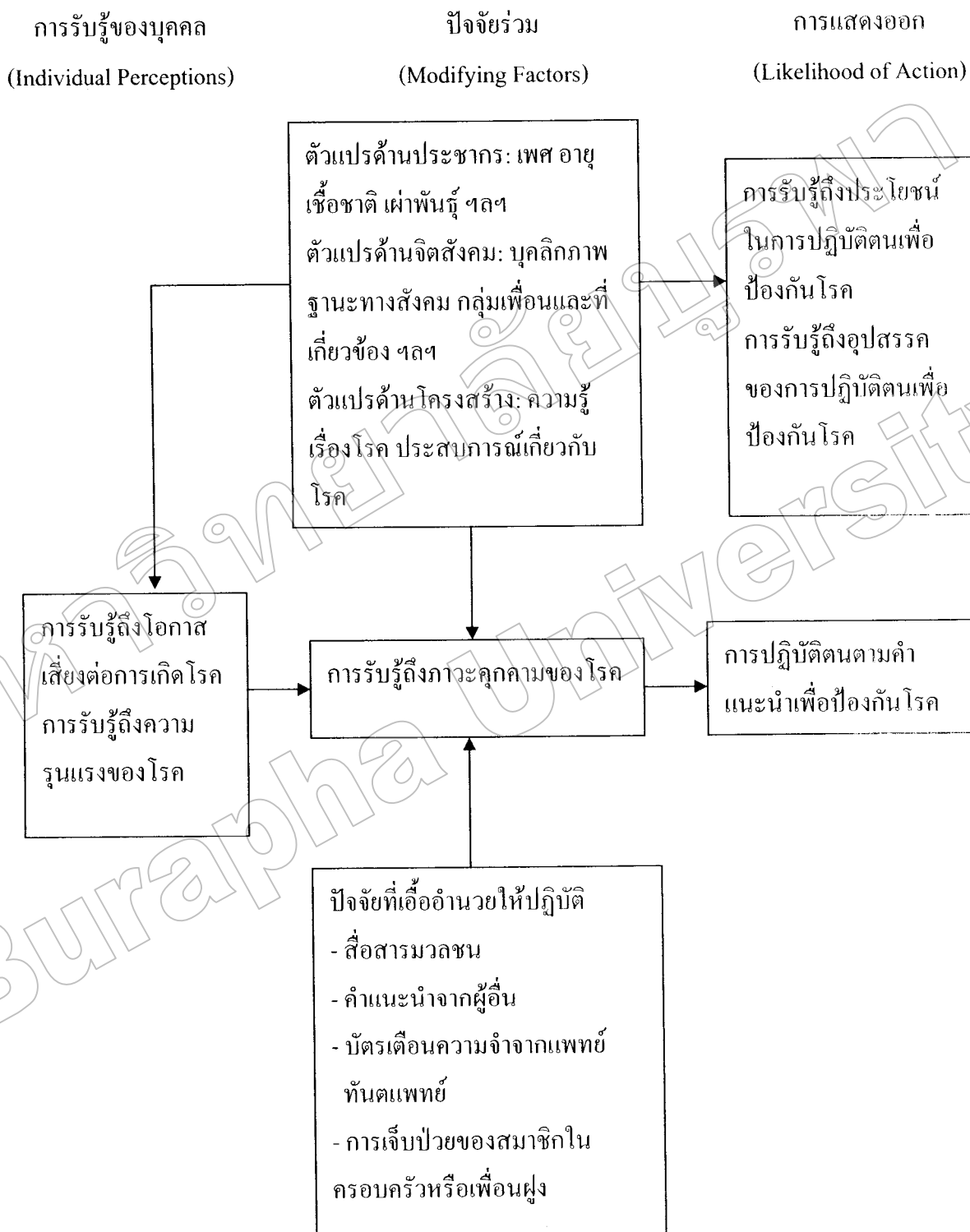
คาส์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1996) ได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ (Kasl & Cobb, 1996)

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายเช่น การขอคำปรึกษาแนะนำ การขอความเห็นจากญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม (Lloyd, 1988)

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้นเช่น การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย (Arluke, 1988)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีทั้งในระยะที่ยังไม่ป่วย ระยะที่รู้สึกไม่สบาย และระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้ว แต่เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเท่านั้น (Rosenstock, 1974 b) เบคเกอร์ (Becker, 1974) จึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอค (Rosenstock, 1966) มาพัฒนาใหม่เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยร่วม (Modifying and Enabling Factors) นอกจากนี้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ยังประกอบด้วยตัวแปรทางด้านประชากร (Demographic Variables) ตัวแปรด้านจิตสังคม (Sociopsychological Variables) และตัวแปรด้านโครงสร้าง (Structural Variables) ดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1974)

ดังนั้นองค์ประกอบในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม
3. การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่าย (Benefit and Cost) เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะป่วยซ้ำ และรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือมีผลเสียโดยทางอ้อมแล้ว ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรสดังกล่าว แต่ในการผู้ป่วยจะยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้น จะต้องเป็นผลของความเชื่อว่าการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะหายจากโรคนั้น ๆ ในกรณีที่การปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความอาย ฯลฯ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติจะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยผู้ป่วยจะเลือกในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย
4. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นนี้ อาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไป หรือสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยสามารถวัดความตั้งใจผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านพฤติกรรมสังคม ฯลฯ แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วมที่ให้ผลในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ คือสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่การที่สัมพันธภาพที่ดีเป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวังจะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่และนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามคำแนะนำ ได้แก่การที่เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง การยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เป็นต้น จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยตามแผนภาพที่ 1 ดังกล่าว

ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Rokeach, 1970) ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพกล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองได้โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

แนวคิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Health Care Behavior) เป็นกระบวนการในการกระทำการทางสุขภาพและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ รวมทั้งรับผิดชอบสุขภาพตนเองในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำรุงรักษาสุขภาพ การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การรักษาโรคขั้นพื้นฐานด้วยตนเอง การวินิจฉัยเพื่อเลือกใช้บริการการรักษายาบาล การปฏิบัติตนหลังการรักษา การฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทางสุขภาพ สรุปพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วยที่เป็นการกระทำพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการเสพยาของมีนเมาและบุหรี่ การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและตรวจสุขภาพประจำปี (Becker & Maiman, 1977)

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536ก, 2536ข) ทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยจำนวน 65 ราย และเลือกมานำเสนอเฉพาะรายที่ได้ข้อมูลสมบูรณ์เพียง 23 ราย เป็นการรายงานผลการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งพอสรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อมีปฏิกิริยาตอบสนองและปรับตัวต่อการติดเชื้อในหลายแบบ และรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อก็มีความคล้ายคลึงกับที่รายงานโดยแอลแลน (Allan, 1990 อ้างถึงใน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) กล่าวคือ (1) การตั้งใจรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (2) ป้องกันโรคและความเจ็บป่วย โดยการป้องกันการรับเชื้อเอดส์เพิ่ม เลิกเที่ยวโสเภณี งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ เลิกเที่ยวกลางคืน เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา และเลิกกินยาบ้า (3) เฝ้าระวังและตรวจสอบอาการของโรคเอดส์ เช่นการคล้ำต่อมน้ำเหลือง การตรวจดูความผิดปกติตามตัวและผิวหนัง

การชักนำหนักหรือการสังเกตอาการซึมเศร้า หรือการสังเกตอาการไข้ (4) การลดความเครียด โดยการฝึกสมาธิ การหาสิ่งที่เพลิดเพลินทำ การไม่ปล่อยเวลาให้ว่าง หรือระบายปัญหากับคนที่ไว้วางใจ (5) การลดความรู้สึกไม่แน่นอนใจ โดยการแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเอดส์ และหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่ไม่มีความรู้จริงซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น และ (6) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เช่น การเปลี่ยนงานใหม่ การคิดถึงความคิดของตนให้มากขึ้น การแสวงหากำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ หาเหตุผลที่จะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป (ต้องสร้างฐานะไว้ให้ครอบครัวหรือบุคคลในความรับผิดชอบ) ทบทวนชีวิตว่าจะต้องทำอะไรอีกบ้าง และพยายามสร้างความหวังให้ตนเองอยู่เสมอ (หวังว่าจะมีการคิดค้นยารักษาเอดส์ได้ทัน และตนจะต้องรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจนกว่าจะถึงวันนั้น) อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อบางรายที่ไม่สามารถลงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ตนก็เชื่อว่ามีประโยชน์ มีการกลับไปมีพฤติกรรมที่รับรู้ว่าไม่เหมาะสมอีก เช่น การเที่ยวโสเภณีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย กลับไปดื่มสุราและเที่ยวตามแหล่งอบายมุขอีก หรือเลิกปฏิบัติในสิ่งที่เคยทำ (เลิกออกกำลังกาย เลิกเอาใจใส่ตัวเอง)

จากการศึกษาของ แร็กสเดล และคณะ (Ragsdale, Kotarba, & Morrow, 1992 b) ซึ่งได้ทำการศึกษารูปแบบของการดูแลตนเองหรือการกระทำเพื่อจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เต็มขั้นที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจำนวน 19 ราย ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รวมทั้งการสัมภาษณ์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมที่ผู้ป่วยรายงานว่าจำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ คือ (1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันในหอผู้ป่วย (2) การแสวงหาอำนาจในการควบคุมตนเองต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลรักษา (3) การให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยต้องการการยอมรับว่าเป็นบุคคลไม่ใช่ตัวเชื้อโรค ต้องการความเข้าใจ ผู้ติดเชื้อจึงมักจะสร้างความหมายของการติดเชื้อเอดส์สำหรับตนเองขึ้นมา (4) การรักษาชื่อเสียงของตนเอง โดยการพูดคุยถึงเอดส์เสมือนหนึ่งว่าเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกตนเอง (5) การสร้างความสุขสบายและความปลอดภัยให้ตนเอง โดยการจัดบริเวณที่พักในห้องผู้ป่วยให้มีบรรยากาศที่อบอุ่น มีการนำเอารูปภาพหรือสิ่งของมาประดับให้เหมือนบ้านของตนเอง และ (6) การจัดการกับความเจ็บปวด มีการเรียนรู้เกี่ยวกับยาระงับปวดที่ใช้ เรียนรู้และไว้วางใจว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตลอดเวลาเมื่อมีความเจ็บปวด จากความรู้นี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ขณะเข้ารับบริการได้เป็นอย่างดี

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (Hongvivatana, 1990) ให้ข้อคิดเห็นว่าการกำหนดนโยบายสาธารณสุขควรมีการทำความเข้าใจที่ชัดเจนในแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและควรให้มีความสอดคล้องกับเศรษฐกิจและสังคมด้วย และได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่น่าจะมีความเหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศที่อยู่ในซีกตะวันออกซึ่งหมายถึงประเทศไทยด้วย ว่าควรมีลักษณะดังนี้ (1) การดูแลตนเองควรมีลักษณะของการมีส่วนร่วม และที่สำคัญคือบุคคล หรือครอบครัวต้องมีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเองโดยที่นักวิชาชีพมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลที่เป็นประโยชน์ (2) ระบบสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองของประชาชนจะต้องประกอบด้วยบุคคลทั่วไป (ครอบครัว เพื่อนฝูง) ระบบสนับสนุนทางสังคม นักวิชาชีพด้านสุขภาพ และผู้รักษาอื่น ๆ (3) การดูแลตนเองควรครอบคลุมถึงการรักษาทุกรูปแบบ รวมทั้งการรักษาแบบพื้นบ้าน หรือตามค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคม คือควรยอมรับความเป็นพหุลักษณะนิยม (Pluralism) และ (4) การดูแลตนเองควรเกิดขึ้นในระดับครอบครัว คือเป็นการดูแลที่บ้าน (Home Based) นักวิชาชีพในระบบบริการด้านสุขภาพต้องปรับบทบาทให้มีการสนับสนุนการดูแลตนเองที่เป็นการปรับตัวที่ดี (Adaptive Self - Care) และยับยั้งการดูแลตนเองที่ไม่ใช่การปรับตัวที่ดี (Maladaptive Self - Care) นักวิชาชีพสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีการริเริ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่เทคโนโลยีหรือวิธีปฏิบัตินั้นจะต้องทำที่บ้านหรือในครอบครัวได้จากข้อเสนอดังกล่าว พอจะชี้ให้เห็นว่าการดูแลตนเองที่น่าจะเหมาะสมกับการนำมาใช้ในประเทศไทยนั้น ควรประยุกต์เอาแนวคิดที่ผสมผสานกันระหว่างค่านิยมทางการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์แผนโบราณที่มีอยู่ และต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านวัฒนธรรมและสังคมด้วย (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539)

พิบูล นันทชัยพันธ์ (2539) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 ราย ที่มารับบริการในสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธกิจเอดส์ สภากริสจักรในประเทศไทย ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประกอบด้วย รักษาและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและเกียรติของตน แสวงหาการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วย ดูแลและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี คงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองและการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข เรียนรู้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ จัดการกับปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ รักษาไว้ซึ่งอำนาจในการควบคุมตนเอง และแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสถานการณ์เอดส์

เคมพ์เพนเน และคณะ (Kempainne et al., 2003) ศึกษาการจัดการการดูแลตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อบันทึกรายงานเกี่ยวกับ

ความวิตกกังวลและความกลัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ใช้จัดการกับอาการเหล่านี้ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และการได้รับยาต้านไวรัสเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์การบันทึกรายงานเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเพศหญิง ผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสจะมีความวิตกกังวลสูงทำให้ยุ่งยากและลำบากใจเกี่ยวกับอาการ ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วย การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การพูดคุยกับผู้อื่น การเลือกใช้การรักษาวิธีอื่นควบคู่กัน การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการ การพูดคุยกับตนเอง การใช้สารเสพติด และใช้พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหา และ แรนด์ (Rand, 2003) ศึกษาผลกระทบจากเพศต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กล่าวว่าเพศหญิงมีความเชื่อมั่นในวัฒนธรรมลักษณะของผู้หญิง โดยไม่ยินยอมต่อสู้ ขอมรับชะตากรรมหรือถือเป็นการเสียสละ และมีแรงจูงใจต่าง ๆ ที่อาจส่งผลทางลบต่อสุขภาพ

ผลสรุปจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ในสาระสำคัญของงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า รูปแบบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์แบ่งเป็น 4 ประเภทดังนี้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541)

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคเอดส์กระทำเพื่อให้มีสุขภาพดี และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง พฤติกรรมในกลุ่มนี้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และบำรุงรักษาสุขภาพ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมของผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์ที่จะกระทำเพื่อป้องกันหรือเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแสลง อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารหมักดอง อาหารที่มีเชื้อราปน จดสิ่งบ่งชี้ของสุขภาพเช่น สุรา เบียร์ ดากแดด อยู่ในที่มีฝุ่นละอองหรือในชุมชนแออัด ตลอดจนการทำงานหนักนอนหลับให้เพียงพอ รวมถึงการรักษาความสะอาดของร่างกาย
3. พฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมใด ๆ ของผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์ที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อดำรงสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การไม่เป็นผู้แพร่เชื้อ หรือรับเชื้อ ไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายเพิ่มมากขึ้น โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การกำจัดสิ่งขับถ่ายของร่างกาย เช่น เลือด หนอง หรืออุจจาระอย่างระมัดระวังและถูกต้องเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมของผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์ เพื่อรักษาเยี่ยวาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ให้หายหรือบรรเทาอาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมทั้งที่กระทำด้วยตนเองและหรือที่ต้องพึ่งพาผู้ให้การรักษาหรือผู้อื่น ดังนี้

4.1 ด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การซื้อยากินเอง การไปพบเจ้าหน้าที่สถานีนามัย การไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงการไปรักษาเยี่ยวาจากหมอพื้นบ้าน ได้แก่ หมอสมุนไพร หมอเป่า หมอส่อง หมอราผีฟ้า หมอน้ำมันคัและอื่น ๆ

4.2 ด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อรักษาเยี่ยวาความรู้สึกด้านจิตอารมณ์ เพื่อสามารถปรับสภาพความรู้สึกนึกคิดให้อยู่ในภาวะสมดุล จิตสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่าน วิตกกังวล หวาดระแวง ลดความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งอาจกระทำด้วยตนเองหรือโดยบุคคลอื่น กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การฝึกสมาธิ การปรับหรือทำใจให้ยอมรับสภาพ การฝึกผ่อนคลาย การทำงานหรือหาสิ่งอื่นเบี่ยงเบนความสนใจ การออกกำลังกาย การฟังดนตรี ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การปรึกษาหารือขอความช่วยเหลือ การหากลุ่มหรือพวกสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ และปฏิบัติตามแนวทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ทำบุญใส่บาตร ตลอดจนการสร้างความหวังและตั้งเป้าหมายใหม่ให้กับชีวิต อันจะนำไปสู่การมีพลังใจที่เข้มแข็งสำหรับการเผชิญปัญหาชีวิตต่อไป

4.3 ด้านสังคม เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อดำรงรักษาและสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม กระทำเพื่อไม่ให้ถูกตัดจากครอบครัวและสังคมร่วมกับการคงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งตน พบว่าการถูกปฏิเสธจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมถูกตัดขาด เป็นปัญหาที่กระทบกระเทือนจิตใจและทำลายความเป็นบุคคลได้มากที่สุด เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์ไม่สามารถดำรงความเป็นปกติสุข ในการดำเนินชีวิตในสังคมได้ต่อไป นำไปสู่พฤติกรรมการปกปิดเรื่องราวการเป็นผู้ติดเชื้อ การแยกตัว หลีกหนีครอบครัวและสังคม พฤติกรรมต่อต้านและทำร้ายสังคม ตลอดจนการกระทำกิจกรรมหลาย ๆ วิธีเพื่อให้ได้รับการยอมรับ ดำรงคุณค่าความเป็นบุคคล และดำรงความสัมพันธ์ไว้ เช่น การสวมหมวก สวมเสื้อแขนยาวเพื่อปกปิดตุ่มแผลตามแขน การชุกซ่อนยา การบอกชื่อโรคชนิดอื่นที่ไม่ใช่โรคเอดส์กับคนทั่วไป เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการถูกตัดความสัมพันธ์ทางสังคม ถูกตัดความรักความผูกพันก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ไม่เหลืออะไรในชีวิต ท้อแท้สิ้นหวัง ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป และอาจคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

สำหรับการเปิดเผยสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนซับซ้อนมักได้รับการพิจารณาไตร่ตรองเป็นอย่างดี เลือกบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้ สามารถสนับสนุน

ทางด้านอารมณ์ หรือเปิดเผยเพราะความจำเป็นและเงื่อนไขของสถานการณ์แวดล้อมต่าง ๆ นอกจากนี้พบว่าการรวมกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคมของผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์แพร่หลายมากขึ้น ในสังคม เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมขึ้นมาใหม่ เพื่อให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน ในกลุ่มผู้มีปัญหาาร่วมชะตากรรมเดียวกัน

4.4 ด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ รายได้น้อย ไม่มีงานทำ ไม่สามารถทำงานได้ ออกจากงาน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว รายได้ลดลง หรือขาดหายไปพร้อม ๆ กับการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ทวีขึ้นจากค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาหรือเสาะแสวงหาการรักษาพยาบาล ค่าอาหารหรือสิ่งบำรุงสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว การไม่เปิดเผยสภาพแก่ครอบครัวหรือสังคม ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติไม่พบปฏิกิริยารังเกียจ การเปิดเผยสภาพอาจส่งผลดีหรือผลเสีย เพราะการเปิดเผยสภาพ ไม่ได้ทำให้ต้องถูกรังเกียจจากสังคมเสมอไป บางส่วนได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่าง ๆ สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าจุดมุ่งหมายของการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีดังนี้คือ 1) เพื่อบรรเทาอาการของโรค 2) เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง 3) เพื่อลดความวิตกกังวลโดยการหาความสุขให้ตัวเอง 4) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค 5) เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับตัวเอง 6) เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และ 7) เพื่อชะลออาการและการมีชีวิตยืนยาว

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย การให้ความหมายว่า โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะสิ้นหวัง (Hopeless) ภาวะที่ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ (Helpless) ภาวะที่หมดคุณค่าหรือหมดความสำคัญ (Worthless) และโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว เป็นโรคที่น่ารังเกียจ เป็นโรคแห่งความสูญเสีย การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะที่ถูกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคลเป็นอย่างมาก เมื่อบุคคลได้รับทราบการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี จะมีภาวะซึมเศร้าและสิ้นหวัง คล้ายกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (Sarna, Servellen & Padilla, 1996) เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ และความ

ภูมิใจในตัวเองลดลง มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ สุธีรา สุนทรกุล (2536) ศึกษาการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว พบว่าหลังจากที่ทราบผลการติดเชื้อ ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์อยู่ในภาวะที่มีความวิตกกังวลสูง ท้อแท้สิ้นหวัง กลัวการเจ็บป่วย กลัวตาย กลัวคนอื่นจะรู้ว่าตนติดเชื้อเอดส์ กลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง วัฒนา โยธาใหญ่ (2538) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงอาชีพพิเศษหลังทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา 59 ราย จากศูนย์กามโรคและ โรคเอดส์เขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเวลา 17 เดือน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต พบว่า ระยะแรกที่ได้รับรู้ผลการตรวจเลือดทุกคนจะเสียใจ กลัวสภาพการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิต ส่วนมากไม่ได้วางแผนชีวิตในอนาคต มีศักยภาพในตนเองต่ำ การศึกษาดำเนินการแสวงหาความรู้ ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เกรงคนใกล้ชิดจะรังเกียจ รัชณี ภูริสัจย์ (2545) ศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จะมีการตีความและให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเอดส์ตามการรับรู้และจากประสบการณ์และความเชื่อและนำไปสู่การมีปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน ปิยรัตน์ สีนพิสุทธิ์และวันดี สุทธิรังษี (2546) ศึกษาปฏิกิริยาของกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ตั้งแต่ทราบว่าติดเชื้อไวรัสเอดส์แม้จะยังไม่ปรากฏอาการ และพฤติกรรมสุขภาพหลังการติดเชื้อ พบว่า “การรับรู้ว่ายังมีสุขภาพที่ดี” ถูกนำมาใช้เป็นเหตุผลในการปฏิเสธการติดเชื้อในระยะแรก ๆ ปฏิกิริยาตอบสนองนี้คล้ายกับที่พบในกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศก (Loss and Grief Process) ขอมรับการติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อตื่นตัวในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการและควบคุมความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพ แมคไกเกอร์และแคนเตอร์ (McGuire & Kantor, 1987) มีความเห็นในเรื่องการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยความเชื่อว่ามีอำนาจเป็นต่อการเยียวยา เป็นความคิดที่เข้มแข็งเกี่ยวกับการเยียวยารักษา ประการสำคัญคือความเชื่อเป็นการรักษาความเจ็บป่วยสามารถนำกลับมาซึ่งสภาวะสมดุล โดยทำให้โรคอ่อนกำลังลง หรือเพิ่มพลังกำลังให้กับผู้ป่วย (Wright, Watson, & Bell, 1996) ฮุลและคณะ (Hull, Van Treuren, Hill, Smith, & Virnelli, 1987) กล่าวว่าบุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านการควบคุมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพได้ โดยให้เหตุผลว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านการควบคุมสูง จะมีการรับรู้เหตุการณ์ที่ตนเองประสบว่าเป็นเหตุการณ์ในทางบวกที่ตนเองสามารถควบคุมได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยการรับรู้ว่าอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยว่าเป็นเหตุการณ์ในทางบวกที่ตนเองสามารถควบคุมได้ จึงเปรียบเสมือนแรงจูงใจให้บุคคลสามารถปรับลดอาการที่ตนเองไม่พึงประสงค์ได้สำเร็จ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มี บุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านการควบคุมต่ำ ที่มีการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ หรือความเจ็บป่วยได้ ทำให้เกิดความท้อแท้ (Distress) และขาดแรงจูงใจในการที่จะ

ควบคุมอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ความเจ็บป่วยจึงทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับลอว์ (Lau, 1988) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านการควบคุมจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำให้บุคคลคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และเกิดความเจ็บป่วยน้อยลง จากการศึกษาของโซโลมอน, ทีโมช็อค, โอเลอรี, และซิน (Solomon, Temoshok, O'leary, & Zinch, 1987) ที่ศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ โดยเปรียบเทียบการรายงานภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพที่ดีมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านการควบคุมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มาร์เกรต, ไดเน่, โจเซฟ, เบธ, และดอนนา (Margaret, Diane, Joseph, Beth & Donna, 2003) ได้ศึกษาผลของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการสำหรับอารมณ์เศร้าและการรับรู้ภาวะสุขภาพในมารดา รายได้ต่ำผู้ติดเชื้อเอชไอวีเชื้อสายอเมริกันแอฟริกัน พบว่ามารดาในกลุ่มทดลอง มีความรู้สึกรับรู้ความเปลี่ยนแปลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถลดความรู้สึกลบในด้านลบ ได้แก่ การซึมเศร้า ความเศร้าสลด ความเครียด ความวิตกกังวลและความรู้สึกถูกตีตรา รวมไปถึงการติดเชื้อไวรัส ความเครียด ความวิตกกังวลและความรู้สึกถูกตีตรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภา ครุฑแก้ว (2540) ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการจำนวน 60 คน พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านการควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well - Being) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological Well - Being) และความผาสุกด้านสังคม (Social Well - Being)

3. ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์การเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ความเชื่อมีผลอย่างมากมาต่อการมองในทางที่ดีและความหวังของบุคคลในประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความหวังแตกต่างจากการคาดหวัง ความปรารถนาและความต้องการอยากได้ รอนา เจฟฟ์ (Rona Jevnc, 1994) กล่าวว่าความหวังแสดงถึงความรู้สึกทั้งความ ช่างวาระหว่างวิทยาศาสตร์และความเมตตากรุณาหรือการอธิษฐานจิต การคงอยู่ของความหวังสามารถค้นหาได้ด้วยการถามคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของสมาชิกครอบครัวในการมองอนาคตในเรื่องของความเจ็บป่วยที่ครอบครัวประสบอยู่ จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Mikhail, 1981) การให้คำปรึกษาสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงในการในการแพร่เชื้อเอชไอวีจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่นและสำหรับตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากในระยะเริ่มต้นของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น จะลดความก้าวหน้าของโรค (Vanheems, Lecomte, & Fabry, 1998) เวทซ์ (Weitz, 1989) รายงานการศึกษาเชิงคุณภาพในชายผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 23 ราย โดยติดตามสัมภาษณ์ห่างกัน 4 - 6 เดือน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปและเมื่อมีอาการ

เจ็บป่วยมากขึ้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกหมกหมุ่นทาง ทำให้หมดกำลังใจและไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไรเพื่อตนเองอีกต่อไป รู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ รู้สึกว่าสิ่งที่ทำไปนั้นไม่มีประโยชน์ หรือไม่แน่ใจว่าจะมีประโยชน์อีกต่อไป แต่กับผู้ที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากนักจะมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อไป แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

4. ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Perceive Susceptibility) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเปลี่ยนแปลงไปจากกรณีที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค และเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน บุคคลจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีผลทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974) ผลการศึกษาของการวิจัยที่ผ่านมาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความร่วมมือในการรักษา พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งรวมทั้งการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย การศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977) พบว่าการรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกิน จะมีความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เป็นโรครมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้และคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพะเยา จำนวน 100 รายของกรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ สุพรรณิ เหล่าจุมพล (2539) เกี่ยวกับการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อป้องกันเอดส์ในกลุ่มแม่บ้าน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประยุกต์แล้วสามารถทำให้แม่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษากับการดูแลสุขภาพ หรือ การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติตาม (Perceive Benefits) เป็นความเชื่อของผู้ป่วย เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษา เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ไรท์ วัดสันและเบลล์ (Wright, Watson, & Bell, 1996) กล่าวว่าความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Beliefs) เป็นความเชื่อที่ไปเพิ่มทางเลือก ในการแก้ปัญหา ซึ่งความเชื่อนี้จะมีผลให้สมาชิกครอบครัวดูแลกันด้วยความรัก เอาใจใส่ช่วยเหลือ ซักถามและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและเกิด การหายและลดความทุกข์ทรมานทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว (Becker et al., 1974) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับประทายอย่างสม่ำเสมอ และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีความเชื่อ ว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษามีประโยชน์ต่อตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และ มารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะรับรู้ว่ามีบุตรนี้ไม่สามารถหายไปได้เองถ้าไม่ไปรักษา แต่จะหายได้ จากการรับประทายยา และการไปตรวจตามนัด (Becker et al., 1978) กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) ศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับรัชนิย์ ไกรยศรี (2543) ศึกษาพบว่าการรับรู้ ประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง รัชญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) ศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยโดยรวม ได้แก่พฤติกรรมด้านการแสวงหาการบริการ การรักษาพยาบาล พฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมด้าน หลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

6. ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติตามกับการดูแลสุขภาพหรือการรับรู้เกี่ยวกับ อุปสรรคในการปฏิบัติตาม (Perceive Barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพพออนามัยของบุคคลในทางลบ ไรท์ วัดสันและเบลล์ (Wright, Watson, & Bell, 1996) กล่าวว่าความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining Beliefs) เป็นความเชื่อที่ ขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น ทำให้ความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนั้นยังคงอยู่ จากการศึกษานี้ของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975) พบว่าบุคคลที่ตระหนักถึงความ รุนแรงของโรคโปลิโอจะไม่ยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีดวัคซีนนั้นยังไม่มี ความปลอดภัย และบุคคลนั้นมีความกลัวความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย ซึ่งสอดคล้องกับ

มิกเฮล (Mikhail, 1981) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลต้องประสบกับความลำบาก ความไม่สะดวกหรือไม่มีสิ่ง
ที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม
ซึ่งจะพบในบุคคลที่ไม่แน่ใจถึงผลดีของการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือต้องประสบกับ
อาการข้างเคียงของยา และแผนการรักษาพยาบาลที่ยุ่งยาก ใช้เวลานาน คอนเนลลี (Connolly, 1987)
ได้กล่าวเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามการดูแลตนเองว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียง
ของยา ความไม่สบาย และความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนความ
ซับซ้อนของการรักษาที่ยาวนาน เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย
เรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของกรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) ศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรค
ในการปฏิบัติตามมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการ
ศึกษาของปรีสนี ศรีวิชัย (2540) ที่ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุ 0 - 5 ปี เมื่อ
ติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง ในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม
อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 75 ราย พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน
โรคและดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของ
มารดาชาวเขาเผ่าม้ง รัชนิย์ ไกรยศรี (2543) ศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตาม
แผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และ
ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุวิมล
ฤทธิมนตร์ (2534) ที่พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่าเมื่อเกิดอาการ
เจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นมนุษย์จะรับรู้และให้ความหมายอาการหรือความผิดปกตินั้น
ตามประสบการณ์เดิมหรือได้รับคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้นว่า อาการ
หรือความผิดปกตินั้นแสดงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคใด มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการ
ปฏิบัติตัวตามบทบาทแต่ละบทบาทของชีวิตหรือไม่อย่างไร และจะจัดการกับอาการและความ
ผิดปกติดังกล่าวได้อย่างไร ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดเช่น สมาชิกใน
ครอบครัวญาติ พี่น้อง เพื่อน จะร่วมกันประเมินอาการและแสวงหาวิธีการดูแลตนเองที่คิดว่า
จะมีประสิทธิภาพสูงสุดตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชนกลุ่มนั้นภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่